



**HAL**  
open science

# Analyse qualitative des déterminants de l'évolution de la prescription en activité physique adaptée par les médecins généralistes à la suite de la mise en place du dispositif Bougez sur ordonnance® en Occitanie

Dorian de Larquier

## ► To cite this version:

Dorian de Larquier. Analyse qualitative des déterminants de l'évolution de la prescription en activité physique adaptée par les médecins généralistes à la suite de la mise en place du dispositif Bougez sur ordonnance® en Occitanie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03153655

**HAL Id: dumas-03153655**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03153655>**

Submitted on 17 Jun 2021

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Par  
**Dorian de Larquier**

Le 24 Septembre 2020

TITRE

**Analyse qualitative des déterminants de l'évolution de la prescription en  
activité physique adaptée par les médecins généralistes à la suite de la  
mise en place du dispositif Bougez sur ordonnance® en Occitanie**

**Directeur de thèse** : Dr Olivier Coste

JURY

**Président** : Pr Michel Amouyal

**Assesseurs** : Pr Jacques Mercier  
Dr Sylvain Pavageau  
Dr Olivier Coste

**Membre invité** : Dr Lambert Olivier

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Héléne
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

**Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robert	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**PU-PH de classe exceptionnelle**

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale



HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire



DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

TRAN Tu-Anh

VERNHET Hélène



Génétique

Pédiatrie

Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2ème classe**

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire



STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

##### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

##### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÉ Laurent (Sociologie, démographie)

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

##### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

##### 2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

**PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

**PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

**Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie



HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

#### **Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

##### **MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

##### **MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

#### **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe



**Praticiens Hospitaliers Universitaires**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

## REMERCIEMENTS

Une année bien particulière que 2020. Tant d'heures passées à pianoter sur les touches du clavier de mon ordinateur pour être prêt et finalement, la vie en a voulu autrement. En écrivant ces quelques lignes j'espère ne pas devoir annuler une nouvelle fois la soutenance de cette thèse, qui marque la fin de mes études. En attendant, je profite de ce temps supplémentaire pour vous remercier.

**Merci à mon Jury :** Le Pr Amouyal d'avoir bien voulu présider ma soutenance de thèse. Merci au Pr Mercier pour sa réactivité. Merci au Dr Pavageau pour l'aide qu'il m'a apportée pour l'analyse qualitative de mon étude, mais également pour son implication dans la formation des internes et sa pédagogie dont il fait preuve lors de des réunions formation à Perpignan, durant le stage de médecine libérale. Merci au Dr Coste, qui a bien voulu être mon directeur de thèse. Il m'a beaucoup aidé dès le départ de mon travail, en m'aiguillant, en me motivant, et en me corrigeant mes nombreuses fautes d'écriture...Merci au Dr Lambert pour m'avoir donné l'idée de ce sujet de thèse lors de son cours à la faculté sur les interventions non médicamenteuses, et pour nos quelques réunions chez lui à parler d'activité physique. Merci à vous tous de m'avoir accompagné dans ce travail.

**Merci à ma famille.** A mes parents, pour l'éducation, l'aide et l'amour qu'ils m'ont donné jusqu'ici. Je dois leur dire finalement merci, pour leur fine manipulation durant toute ma jeunesse pour avoir fait, subrepticement, naître en moi l'idée de me lancer dans des études de médecine. Etudes, qui m'ont apportées tant de malheur mais aussi tant de bonheur et finalement, qui me permettent d'être heureux aujourd'hui. Merci papa merci maman. Merci à mes sœurs et à mon frère, merci à mamounet, pour leur soutien durant ces années de labeur. Merci la meute, merci bande de Schlarps, Je vous aime !

A mon grand-père le Pr Pierre Magnin, ancien Doyen de la faculté de médecine de Besançon  
Merci pour l'homme et le modèle que tu es.

Les gens qui me connaissent, savent la valeur que je donne à l'amitié. J'aimerais donc remercier tout particulièrement **mes amis**.

Merci Les Limougeauds ! Merci pour ces années si particulières que sont les années de l'externat, les longues heures à travailler, mais aussi les vacances à Lacanau Beach ! Il paraît qu'à Limoges il pleut et il fait froid. Moi je ne garde que des souvenirs de joie et de forte amitié. Si je suis allé jusqu'au bout c'est grâce à vous ! Je vous aime.

Un merci tout particulier pour toi Céline. Il est facile d'être ami, mais il est plus difficile de le rester. Merci d'être auprès de moi quand ça va et aussi quand ça ne va pas depuis toutes ces

années, où la vie ne nous a pas toujours épargnée... Merci d'être mon amie. Merci aussi pour tes longues heures de correction...je suis loin d'être le roi de l'orthographe alors respect^^.

Le début de l'internat, c'est la nouvelle vie. Merci à tous les carcassonnais pour le bon temps passé à l'internat et particulièrement à Marine et Kéké, Blanblan, Béné, Pablito, Lénou #Teamrando.

Merci aux narbonnais, la Sinz et Amélie, La Grim et Margot, Marion et Vincent, Gaël et Sophie, Anne Flore et Charles, Romain et Odile, Julia, Alex et Micka #LafamilledaNarbone. Je suis heureux de vous compter parmi mes amis chers. Merci à vous pour le bon temps passé et pour le futur.

Durant l'internat, on est amené à déménager très souvent. Cela est parfois pénible mais permet aussi de découvrir de nouveaux horizons. Huit ou neuf déménagements pour ma part...Mais je peux dire que je connais très bien la région ! Notre région est belle. Cela permet aussi de rencontrer du monde et de se faire des amis. Je remercie **tous mes colocataires** pour les bons moments partout dans la région ! A Carcassonne, Alès, Narbonne, Perpignan et Montpellier. Merci à Claire et Marlène de m'avoir accueilli durant cette dernière année à Montpellier. Un merci tout particulier à Claire, pour m'avoir beaucoup aidé ces derniers mois pour cette thèse.

Montpellier, c'est aussi une nouvelle passion ! Merci à tous **les copains de Montpel'swing** ! Grâce à vous, j'ai super bien vécu ces quelques mois d'écriture de thèse. Merci pour tous ces moments où on ne pense plus à rien, juste à danser. Merci pour l'ouverture d'esprit, merci d'être tous différents. Merci de m'avoir accueilli parmi vous et pour votre présence aux secrets apéro swing du jeudi soir^^. Vivement la reprise des festivals, maudit COVID !

J'en profite pour remercier le gros fauteuil en cuir de la Gazette café. Merci d'avoir supporté mon poids, durant de nombreuses heures et de nombreux jours lors de l'écriture de cette thèse.

Merci aux personnes que j'aime et dont je n'ai pas parlé. Merci aux personnes qui ont été dans ma vie et qui ont participé de près ou de loin à cette thèse.

Merci à la petite nouvelle de ma vie, Victoria. Merci d'avoir confiné avec moi ^^ . Merci pour les moments de joie que tu m'apportes, merci pour ta tendresse. Merci pour ton soutien ces derniers mois et en avant pour de nouvelles aventures.

# Table des matières

<b>RESUME DE L'ETUDE</b> .....	20
<b>ABREVIATION</b> .....	21
<b>INTRODUCTION</b> .....	22
<b>I. Avant-propos</b> .....	22
<b>II. Définition</b> .....	27
<b>II.1 La santé</b> .....	27
<b>II.2 La prévention en santé</b> .....	29
<b>II.3 L'activité physique</b> .....	30
<b>II.4 L'inactivité physique</b> .....	30
<b>II.5 La Sédentarité ou comportement sédentaire</b> .....	31
<b>II.6 Activité physique adaptée</b> .....	31
<b>II.7 Thérapeutique non médicamenteuse</b> .....	31
<b>II.8 La pathologie chronique</b> .....	32
<b>III. Maladies chroniques et activité physique, un enjeu de santé publique</b> .....	34
<b>III.1 Etat des lieux</b> .....	34
<b>III.2 Effet global de l'activité physique sur la santé</b> .....	37
<b>III.3 Effet de l'activité physique sur la qualité de vie</b> .....	38
<b>IV. Histoire de la représentation de la santé via l'activité physique en médecine</b> .....	39
<b>V. Promotion de l'activité physique</b> .....	42
<b>V.1 Recommandations actuelles en activité physique de l'OMS</b> .....	42
<b>V.2 Plans de santé pour la promotion de l'activité physique pour les patients</b> .....	44
<b>V.2.1 Plans à l'échelle mondiale</b> .....	44
<b>V.2.2 Plans de promotion de l'activité physique en France</b> .....	46
<b>V.2.3 Sur le plan législatif et interministériel</b> .....	48
<b>VI. Etat des lieux de l'activité physique adaptée en France</b> .....	49
<b>VI.1 Expertise</b> .....	49
<b>VI.2 Evolutions et perspectives</b> .....	50
<b>VI.3 Evolution de la terminologie autour de l'APA</b> .....	51
<b>VI.4 Tour d'horizon de l'activité physique adaptée à l'étranger</b> .....	51
<b>VI.5 Exemples de programmes d'activité physique adaptée en France</b> .....	56
<b>VI.5.1 Le programme « sport sur ordonnance » à Strasbourg</b> .....	57
<b>VI.5.2 Programmes d'activité physique adaptée en Occitanie</b> .....	57
<b>VII. L'APA sur ordonnance en médecine générale</b> .....	63
<b>VII.1 L'objectif du médecin généraliste</b> .....	63

<b>VII.2 Etudes des barrières et limites de l'activité physique adaptée en France</b> .....	63
<b>ETUDE PERSONNELLE</b> .....	66
<b>OBJECTIF</b> .....	66
<b>MATERIELS ET METHODES</b> .....	66
<b>I. Décider une méthode analytique de recherche</b> .....	66
<b>II. Le recueil de données</b> .....	68
<b>II.1 Construction de l'échantillon : Le groupe focus</b> .....	68
<b>II.2 Le guide d'entretien (Cf. annexe2)</b> .....	69
<b>II.3 Méthode d'analyse</b> .....	70
<b>RESULTATS DE L'ETUDE</b> .....	71
<b>I. Caractéristique de la population étudiée</b> .....	71
<b>II. Arbres thématiques</b> .....	71
<b>III. Analyse qualitative</b> .....	77
<b>III. 1 Les déterminants liés à la connaissance</b> .....	77
<b>1. Connaissances générales sur l'APA</b> .....	77
<b>2. Connaissances sur le dispositif d'activité physique adaptée : Bougez sur ordonnance®</b> ...	83
<b>3. La demande d'information en APA est forte</b> .....	85
<b>4. La formation en APA</b> .....	88
<b>III.2 Les déterminants motivationnels</b> .....	90
<b>1. Une médecine à différentes vitesses : freins aux changements</b> .....	90
<b>2. Une prescription de santé publique</b> .....	91
<b>3. Une solution thérapeutique en santé publique</b> .....	94
<b>4. Des freins à la prescription</b> .....	96
<b>5. Une patientèle motivée</b> .....	98
<b>6. Outils à la motivation de prescription</b> .....	100
<b>7. Une pratique modifiée</b> .....	103
<b>III.3 Les déterminants liés aux moyens</b> .....	105
<b>1. Le fonctionnement du dispositif</b> .....	105
<b>2. Besoins de créer un réflexe de prescription</b> .....	108
<b>3. La prise en charge financière</b> .....	111
<b>III.4 Les déterminants liés aux relations professionnelles</b> .....	112
<b>1. Une évolution de pratique vers la pluridisciplinarité</b> .....	112
<b>2. Le suivi des patients</b> .....	114
<b>3. Besoins de renforcer les liens interprofessionnels</b> .....	116
<b>DISCUSSION</b> .....	118
<b>I. Rappels des résultats</b> .....	118

<b>II. Confrontation aux données de la littérature .....</b>	<b>126</b>
<b>III. Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>139</b>
<b>1. Limites de l'étude .....</b>	<b>139</b>
<b>2. Forces de l'étude .....</b>	<b>140</b>
<b>IV. Perspectives de l'étude.....</b>	<b>141</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>148</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>151</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>158</b>
<b>1. Annexe : fiche projet de thèse .....</b>	<b>158</b>
<b>2. Annexe : guide d'entretien .....</b>	<b>162</b>
<b>3. Annexe : processus BSO.....</b>	<b>164</b>
<b>4. Annexe : charte professionnelle de santé.....</b>	<b>166</b>
<b>5. Annexe : charte d'adhésion au programme du sport sur ordonnance (Sète).....</b>	<b>169</b>
<b>6. Annexe : book santé patient du dispositif BSO.....</b>	<b>170</b>
<b>7. Annexe : questionnaire Marshall et coll : Evaluation du niveau de pratique habituelle en termes d'activité physique .....</b>	<b>178</b>
<b>8. Annexe : prescription d'activités physiques adaptées (Sauve) .....</b>	<b>179</b>
<b>9. Annexe : certificat médical de non-contre-indication à la pratique d'APA (Sauve).....</b>	<b>180</b>
<b>10. Annexe : certificat de non-contre-indication à l'APA et prescription médicale d'une APA (Sète) .....</b>	<b>181</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>183</b>
<b>CERTIFICAT DE CONFORMITE AVANT SOUTENANCE .....</b>	<b>184</b>
<b>RESUME DE L'ETUDE .....</b>	<b>185</b>

## RESUME DE L'ETUDE

**Introduction :** Dans le but d'inclure l'activité physique adaptée (APA) dans le parcours de soins en tant que thérapie non médicamenteuse, l'APA est inscrite dans le code de la santé publique, depuis 2016. En Occitanie, la DRJSCS a mis en place le dispositif d'APA Bougez sur ordonnance®(BSO) pour pallier un manque de prescription médicale en APA, sur le territoire. Par conséquent l'objectif principal de l'étude était d'analyser les déterminants d'évolution de la prescription d'activité physique des médecins généralistes en Occitanie à la suite de la mise en place du dispositif BSO.

**Matériel et méthode :** Nous avons réalisé une étude qualitative analytique multicentrique. Neuf médecins généralistes installés en Occitanie ont été interviewés. Deux groupes focus et 4 entretiens individuels ont été effectués, à l'aide d'un guide d'entretien. Le discours des médecins a été analysé par méthode thématique. L'analyse des données a été faite en continue, les entretiens ont été stoppés après saturation des données.

**Résultats :** Les déterminants principaux de l'évolution de la prescription en APA des médecins généralistes était l'information en APA reçue, la motivation des médecins pour prescrire, les moyens déployés, et la création de relations pluriprofessionnelles. Plus Les médecins avaient été sensibilisés à l'APA et à l'existence du dispositif BSO, plus leurs prescriptions étaient facilitées. La mise en place d'une structure pour initier une thérapie non médicamenteuse était très motivante pour les médecins. La création de nouvelles relations pluridisciplinaires était un véritable atout selon les médecins généralistes, très satisfaits du développement d'un transfert sécurisant de compétences. Cependant, plusieurs freins de prescription ont été exprimés. Il existait chez les médecins, un manque de connaissance en APA et le sur le dispositif BSO. Le manque de temps et l'obligation de prioriser les soins ainsi que le manque de valorisation de l'acte de prescription étaient des facteurs limitants à leur motivation. Le manque de moyens était également un frein important. Ainsi, la capacité d'accueil du dispositif était trop restreinte et l'existence d'une disparité importante d'accès à l'APA, selon les territoires, limitaient l'intérêt d'une prescription écrite en APA. Les médecins déploraient enfin, un manque de partage d'expériences et de communication entre les professionnels. Afin de lever ces différents freins et de développer un réflexe de prescription en APA, les médecins généralistes recommandaient la constitution d'outils supplémentaires physiques et financiers.

**Conclusion :** À la suite de la création du dispositif Bougez sur ordonnance®, il semble exister une évolution des pratiques de prescriptions en activité physique adaptée chez les médecins généralistes en Occitanie. Les médecins sont d'avis que le dispositif est utile mais trop récent, et qu'il existe encore de nombreux freins au développement de leurs pratiques. Les médecins demandent plus de moyens, proposent des outils de diffusion d'information sur l'APA et de communication pour généraliser et faire évoluer le dispositif. Les questions du temps de consultation et du financement de l'APA, restent des déterminants à explorer.

## ABREVIATION

OMS : Organisation mondiale de la santé

TNM : Thérapie non médicamenteuse

HAS : Haute autorité de santé

BSO : Bougez sur ordonnance®

AP : Activité physique

APA : Activité physique adaptée

MET : Metabolic equivalent task

CEPS : Plateforme universitaire collaborative d'évaluation des programmes de prévention et de soins de support

MAC : Médecine alternative et complémentaire

CIM : Classification internationale des maladies

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

ALD : Affection longue durée

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

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

ACSM : American college of Sport medicine

ARS : Agence régionale de santé

DRJSCS : Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociales

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

PRSSBE : Plans régionaux sport santé bien-être

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

PNNS : Programme national nutrition santé

INCA : Institut national du cancer

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

# INTRODUCTION

## I. Avant-propos

La population française vieillit et le nombre de personnes souffrant de maladie chronique explose, puisque « un français sur quatre souffre d'une maladie chronique, et trois sur quatre après 65 ans ». (1) En 2006, selon l'OMS, les maladies chroniques étaient déjà à l'origine de 63% des décès dans le monde. Elles entraînent des situations de dépendance et de précarité sociale qui tendent à altérer la qualité de vie. Les pathologies chroniques constituent un vrai problème de santé publique pour notre société, tant sur le plan social qu'économique. La prévention des complications et récurrences de ces maladies chroniques est un donc un enjeu majeur.

Une part de plus en plus importante de la population est inactive physiquement. « L'inactivité physique est responsable à elle seule de 3,2 millions de décès dans le monde et de 10 % des décès évitables en Europe. Elle représente ainsi, la première cause de mortalité évitable dans le monde. Elle constitue un important facteur de risque des maladies chroniques, telles que les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde), accidents vasculaires cérébraux, cancer, diabète de type 2. On estime ainsi, qu'elle est la cause principale de 21 à 25 % des cancers du sein ou du colon, de 27 % des cas de diabète de type 2 et d'environ 30 % des cas de cardiopathie ischémique.(2) L'inactivité physique correspond à un rythme de vie marqué par un manque d'activité physique, son seuil est franchi lorsque l'on effectue moins de 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, soit moins de 30 minutes quotidiennes de marche à bon rythme pendant 5 jours. Elle est distincte de la sédentarité qui concerne le temps éveillé passé en position assise ou couchée. Un mode de vie sédentaire est à la base de la perte d'autonomie chez une population vieillissante. La sédentarité, est considérée comme le 4ème facteur de risque de mortalité dans le monde. « Le niveau de sédentarité et d'inactivité interagissent de manière indépendante et complémentaire sur l'état de santé ».(3) « La sédentarité est ainsi un facteur de risque spécifique des maladies chroniques telles que, les maladies cardio-vasculaires, le cancer et le diabète, qui se surajoute à l'inactivité physique ».(4) « Au niveau mondial, un adulte sur quatre manque d'exercice. Plus de 80% des adolescents n'ont pas une activité physique suffisante ».(2)

Que dit la science ? La pratique d'une activité physique régulière apporte de nombreux bénéfices :

- Diminution de 20 à 30% de la mortalité globale.
- Rôle préventif du risque cardiovasculaire.
- Diminution de la pression artérielle et du risque d'hypertension.
- Diminution du risque d'apparition de diabète de type 2.
- Amélioration du profil lipidique.
- Diminution du risque de gain de poids avec l'âge, maintien du poids.
- Diminution d'incidence et de mortalité par cancer. (40% à 50% côlon, 30% sein).
- Diminution du risque de chutes.
- Effet bénéfique sur la masse osseuse.
- Diminution du risque de troubles cognitifs et de dépression.

Certains de ces effets sont annulés après simplement quelques jours d'inactivité physique d'où l'importance d'une activité physique régulière.(5)

L'activité physique présente des avantages importants pour la santé et contribue à prévenir les maladies non transmissibles.

L'activité physique permet d'accompagner les personnes souffrant de maladies chroniques. Elle est reconnue aujourd'hui comme une thérapie non médicamenteuse(TNM)(3),(5), s'appuyant sur de nombreuses études « evidence base medecine ». L'activité physique contribue à réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à la pathologie. Elle permet à une personne d'adopter un mode de vie actif. « Les bénéfices de la pratique d'une activité physique, adaptée(APA) si nécessaire, l'emportent sans conteste sur les risques encourus, quel que soit l'âge et l'état de santé des personnes ».(4) Une activité physique régulière et le suivi des recommandations sont associés à une diminution de la mortalité précoce, comprise entre 29 et 41 % selon les études. Il est démontré que son effet est d'autant plus important sur la réduction de la mortalité et de l'incidence des maladies chroniques qu'elle est régulière et soutenue dans le temps.

Dans le but d'inclure l'activité physique adaptée dans le parcours de soins en tant que thérapeutique non médicamenteuse, la prescription d'activité physique adaptée est inscrite dans le code de la santé publique depuis 2016.(6)

La loi de modernisation du système de santé de 2016 stipule 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 ».(6)

Le décret relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique cite les différents intervenants autorisés à délivrer de l'activité physique adaptée mais, les moyens de prescription sont à définir.(7)

En effet le problème majeur reste le manque de prescription médicale d'activité physique adaptée, pourtant considérée comme une véritable thérapeutique. L'objectif est donc de favoriser l'acte de prescription médicale.(3) En 2011, la Haute autorité de santé(HAS) a rédigé un rapport d'orientation concernant le développement de la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses validées. L'étude visait à identifier les freins organisationnels, économiques, socioculturels et symboliques qui existent sur le terrain et limitent le respect des recommandations de bonnes pratiques dans les pratiques de prescription. Il a été conclu comme message clés que « le mode de financement des soins de ville en France est peu incitatif à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Les médecins et patients sont mal informés sur les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées et sur les modalités de recours. Il existe un manque d'adhésion des médecins et des patients sur les recommandations en matière de thérapeutiques non médicamenteuses. Les inégalités socio-économiques de la population ont un important impact sur le suivi des thérapeutiques non médicamenteuses ».(3)

En Occitanie, un travail de thèse de médecine générale a été réalisé en 2016, pour déterminer les besoins des médecins généralistes à la prescription d'activité physique. Les médecins ont exprimé principalement leurs besoins en structures adaptées et en réseau d'activité physique ainsi que le besoin en formation médicale, car déclarent rencontrer des difficultés à la prescription par manque de connaissances en matière d'activités physiques adaptées et concernant les modalités de prescription et de suivi.(8) D'autres études ont identifié des freins organisationnels, économiques et socioculturels qui existent sur le terrain et qui limitent le respect des recommandations de bonnes pratiques. « La Haute autorité de santé a alors proposé des voies d'amélioration pour le développement de la prescription des thérapies non médicamenteuses validées, incluant l'activité physique adaptée, en essayant de lever ces freins,

dans le but de créer des conditions propices à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. »(9)

La mise en place de collaboration entre tous les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social de l'activité physique et sportive, semble nécessaire pour encadrer les patients atteints de maladies chroniques et les guider vers l'autonomisation. « L'article D.1172-2 du code de la santé publique énumère les intervenants pouvant dispenser cette activité, Des professionnels de santé à savoir les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens. Des professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée (APA) délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation, à savoir les professionnels issus de la filière universitaire STAPS « activité physique adaptée et santé », autrement dit les enseignants en activité physique adaptée, (titulaires d'une licence mention STAPS, parcours-type APAS ou d'un master mention STAPS APAS). Des personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée ».(10)

Des partenariats se développent entre le système de soins et les structures de droit commun qui encadrent des activités physiques de loisirs. Cela impose aussi de s'intéresser aux déterminants permettant d'assurer la continuité de l'activité physique lors du passage d'un programme d'activité physique supervisé, à une pratique autonome lors du retour au domicile. Plusieurs actions publiques ont donc été mises en place depuis quelques années en France et montrent de bons résultats quant à l'évolution des indicateurs directs et indirects de la santé chez les patients atteints de maladies chroniques. Ces actions semblent répondre aux besoins des médecins généralistes, prescripteurs d'activité physique. Cependant tout n'est pas parfait. Un second travail de thèse a été fait en 2018 sur le réseau « sport santé sur ordonnance », qui a été créé à Strasbourg en 2012 et qui se développe maintenant, sur l'ensemble du territoire. Cette étude avait pour objectif d'évaluer le ressenti et les freins à la prescription d'activité physique adaptée des médecins après avoir participé à une formation spécifique.(11) Finalement « 85 % des médecins étaient convaincus de l'intérêt de ces formations et 65 % se sentaient aptes à prescrire mais peu l'on fait. L'étude a soulevé d'autres besoins dont la reconnaissance de consultation et cotation spécifique, le besoin d'un financement approprié, le besoin de structures d'accueil plus nombreuses, et d'une meilleure information sur les réseaux d'activité physique adaptée existants. » La problématique est donc la déficience en

prescription médicale d'activité physique adaptée, par manque de solutions apportées aux médecins.(11)

Afin de répondre aux freins déterminés dans les différentes enquêtes, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Occitanie, a mis en place en 2011 un dispositif en activité physique adaptée s'appuyant sur un territoire. Depuis 2015, ce dispositif nommé Bougez sur ordonnance®(BSO) est organisé comme un parcours de santé centré sur l'activité physique et le patient, il se décline aujourd'hui dans 16 collectivités et 4 autres projets d'implantation sont à venir.

Une première étude a été réalisée en 2017 sur le ressenti des patients ayant intégré le dispositif.(12) L'étude montrait que le fonctionnement de la structure et l'encadrement sont appréciés par les patients. Il existe un apport socio-culturel évident. L'activité physique adaptée est considérée comme un moyen thérapeutique efficace par les patients avec une réelle prise de conscience des bienfaits sur la santé, jusqu'à la création d'un besoin en activité physique. Les patients vivent la prescription du médecin comme une sécurité. Cependant l'initiation au programme est souvent ressentie comme difficile, devant la présence de freins sociaux personnels. Un sentiment de peur globale et de manque de confiance en soi face au jugement d'autrui ou encore la peur de souffrir face à des activités trop difficiles.(12)

Il apparaît nécessaire à présent, d'effectuer un premier bilan auprès des médecins généralistes d'Occitanie participant au dispositif Bougez sur ordonnance®, afin de mesurer l'impact de la mise en place du dispositif, sur la prescription d'activité physique adaptée des médecins généralistes en Occitanie et d'analyser les déterminants de l'évolution de cette prescription à la suite de la mise en place du dispositif BSO.

## II. Définition

Quelques rappels semblent indispensables pour redéfinir les thèmes de cette étude.

### II.1 La santé

Le mot « santé » vient du latin « Sanistas », qui signifie : sagesse (raison, bon sens), et solidité (bon état des choses).

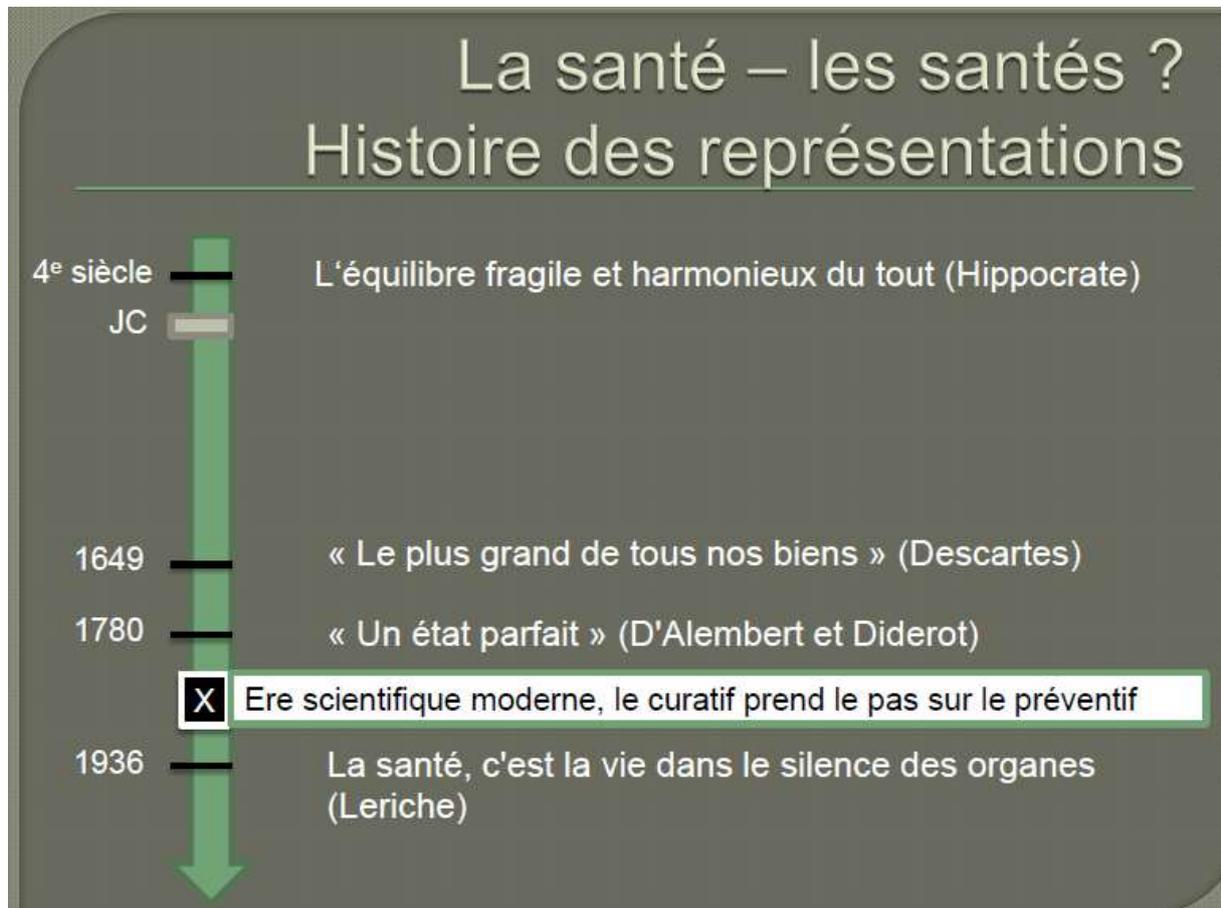
Selon la définition de l'OMS, la santé est « un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Elle représente l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (13) Dans sa définition, l'OMS, montre l'intérêt d'insister sur les différentes dimensions de la santé, pas seulement l'aspect purement somatique. (Figure 1 et 2) Cette définition véhicule une vision globale multidimensionnelle de la santé. Ces dernières années, il a été discuté de modifier la définition, en ajoutant la dimension « spirituelle », c'est-à-dire, le sens que l'on donne à sa vie. Cette idée véhicule une vision positive de la santé, en cela, elle « démedicalise » la santé.

Une approche perceptuelle est décrite par Canguilhem, avec la notion de « la vérité du corps ». (14) « c'est à la population de dire comment elle juge sa santé ». « Cette approche est subjective et variable suivant les personnes ».

Dans ce sens, le Haut comité de la santé publique définit la santé comme « la vie dans le silence des organes », « lorsqu'on la possède on n'y pense plus ». (15) René Dubos complète la définition de l'OMS en insistant sur « l'aspect adaptatif de la santé » qui selon lui est « un état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé. » (16)

« La santé est donc une notion faisant référence, non seulement à un état, mais aussi à une réalité dynamique, inscrite dans les pratiques et les discours de la société tout entière. Une élaboration psychologique complexe, où s'intègrent l'expérience de chacun, les valeurs et les informations circulant dans la société ». « La relation de la société avec la notion de santé et de maladie est une construction sociale qui varie dans l'espace et dans le temps ». (17)

Ces dernières années, le développement de la Sécurité Sociale, le progrès en médecine, et la médiatisation ont modelé le rapport de la population à la santé : « celle-ci est devenue une valeur, une norme (ce n'est pas normal d'être malade), un droit à être non seulement soigné mais guéri, droit à la sécurité ». (17)



*Figure 1 : Terminologie - Introduction à la démarche de sport et santé. Diplôme universitaire 2018-2019 : prescription activités physiques et lutte contre la sédentarité. Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes. Dr Coste.*



Figure 2 : Terminologie - Introduction à la démarche de sport et santé. Diplôme universitaire 2018-2019 : prescription activités physiques et lutte contre la sédentarité. Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes. Dr Coste.

## II.2 La prévention en santé

La prévention est selon l'OMS en 1946, « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».(18)

Trois types de prévention ont été distingués :

- « La prévention primaire, ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition. Sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux et sociétaux. »
- « La prévention secondaire, qui cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et qui recouvre les actions en tout début d'apparition, visant à faire disparaître les facteurs de risques ».

- « La prévention tertiaire, où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou de récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. »(18)

### II.3 L'activité physique

L'activité physique (AP) se définit comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du repos ».(13)(4)  
 « L'activité physique se caractérise par son type, sa durée, sa fréquence, son intensité, et son contexte. »(1) On distingue 5 grandes catégories d'AP en fonction de leur intensité estimée en MET (tableau1) (Metabolic Equivalent Task : unité indexant la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos) qui sont détaillées dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS) de février 2016.(4)

Tableau 1 : définition des catégories d'AP selon le niveau en MET

- <b>Supérieure ou égale à 1,6 et inférieure à 3 METs</b> : activité de faible intensité pas d'essoufflement, pas de transpiration, effort ressenti sur une échelle de 0 à 10 : 3 à 4.
- <b>Supérieure ou égale à 3 et inférieure à 6 METs</b> : activité d'intensité modérée. Elle se traduit sur le plan physique par : essoufflement modéré, conversation possible, transpiration modérée, effort ressenti sur une échelle de 0 à 10 : 5 à 6 55 à 70 % de FC max
- <b>Supérieure ou égale à 6 et inférieure à 9 METs</b> : activité d'intensité élevée : Elle se traduit par : essoufflement marqué, conversation difficile, transpiration abondante, effort ressenti sur une échelle de 0 à 10 : 7 à 8 70 à 90 % de FC max
- <b>Supérieure ou égale à 9 METs</b> : activité d'intensité très élevée essoufflement très important, conversation impossible, transpiration très abondante, effort ressenti sur une échelle de 0 à 10 : > 8

### II.4 L'inactivité physique

« L'inactivité physique se caractérise par un niveau insuffisant d'AP ne permettant pas d'atteindre le seuil d'AP, recommandé pour la santé. »(3) (cf figure 5 page 39)

## II.5 La Sédentarité ou comportement sédentaire

« La sédentarité est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5MET en position assise ou allongée. Le comportement sédentaire se distingue de l'inactivité physique. Il est reconnu comme un comportement avec un impact spécifique sur la santé. Dans le cadre de différentes pathologies chroniques, le niveau de sédentarité et d'inactivité interagissent de manière indépendante et complémentaire sur l'état de santé.(3) La sédentarité est ainsi un facteur de risque spécifique des maladies chroniques, qui se surajoute à l'inactivité physique. »(4)

## II.6 Activité physique adaptée

« L'APA est un concept qui regroupe l'ensemble des activités physiques et sportives, à des fins de prévention secondaire ou tertiaire, de rééducation, de réadaptation, de post-réadaptation, d'éducation ou d'insertion sociale auprès de personnes en situation de handicap et/ou vieillissantes. Les APA se composent de programmes d'exercices physiques, en groupe ou en individuel, supervisés ou non, en face-à-face ou à distance, élaborés et/ou supervisés par les enseignants en APA, mais aussi par d'autres professionnels formés. »(3)

## II.7 Thérapeutique non médicamenteuse

Le terme d'intervention non médicamenteuse est une terminologie montpelliéraine (Ceps, Ninot), elle est aussi nommée outre atlantique : médecine alternative et complémentaire (MAC).(19) « C'est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. (Figure 3) Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés.

Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socio-économiques. Sa mise en œuvre nécessite des

compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques ». (20) C'est une solution personnalisée de santé, ciblée et ponctuelle, une intervention explicite et supervisée.

 Interventions psychologiques santé	 Interventions physiques santé	 Interventions nutritionnelles santé	 Interventions numériques santé	 Autres interventions NM santé
Art Thérapie Education pour la santé Psychothérapie Zoothérapie	Activité physique Hortithérapie Physiothérapie Thérapie manuelle Thermalisme	Complément alimentaire Thérapie nutritionnelle	Objet connecté Thérapie par le jeu vidéo Thérapie par la réalité virtuelle	Objet ergonomique Phytothérapie Thérapie cosmétique Thérapie par les ondes Lithothérapie

*Figure 3 : classification des TNM de la plateforme CEPS : plateforme universitaire collaborative d'évaluation des programmes de prévention et de soins de support. Les cinq domaines d'interventions des thérapies non médicamenteuses*

## II.8 La pathologie chronique

De plus en plus fréquentes, évolutives, complexes et recouvrant de multiples affections, les maladies chroniques ne répondent que très partiellement aux définitions officielles. Il existe différentes approches.

Les approches par **pathologies** : « les Classifications de diagnostics et la Classification internationale des maladies (CIM). Ces classifications ne permettent pas de considérer l'individu dans sa globalité. Elles ne sont pas très adaptées aux considérations de santé publique où prédomine la prise en compte des coûts liés à des complications communes à des affections de nature différente. » (21)

Les approches par les **conséquences** : « la Classification internationale des déficiences, incapacités, et du handicap (CIDH), puis la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Ces classifications, basées sur un modèle biopsychosocial, répondent probablement mieux à des problématiques de santé publique puisqu'elles sont

centrées sur l'individu dans son intégralité et qu'elles permettent d'envisager l'ensemble des maladies chroniques sur un socle commun en termes de conséquences, de prises en charge médicale, psychologique, sociale, économique et professionnelle ».(21)

La définition de l'OMS, selon laquelle « une maladie chronique est une affection de longue durée qui, en règle générale, évolue lentement, ne prend pas en compte tous les facteurs qui conditionnent la notion de chronicité. En effet, la durée ne peut être considérée comme le seul critère sans tenir compte des conséquences très différentes de maladies prolongées toute la vie mais peu handicapantes qui s'opposent à des pathologies d'évolution plus rapide qui hypothèquent lourdement la qualité de vie et la durée de la survie ».(22)

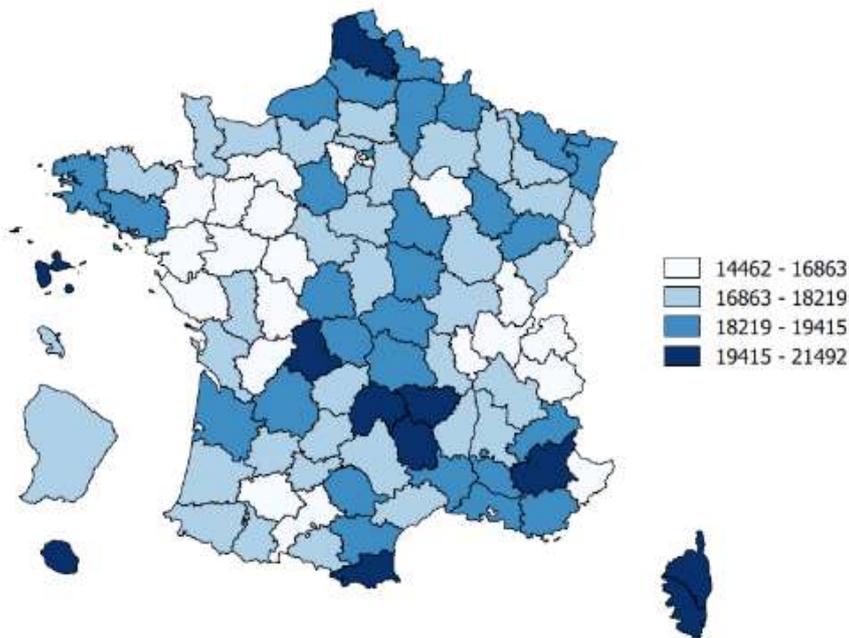
La HAS a, quant à elle, retenue la définition de la maladie chronique, proposée par la banque de donnée de santé publique. « La maladie chronique est définie comme une maladie qui évolue à long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient ».(21)

Le Haut conseil de santé publique opte pour une définition plus transversale de la maladie chronique telle que proposée par les auteurs du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. « Elle est caractérisée par la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer, une ancienneté minimale de trois mois, un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social. ».(21)

### III. Maladies chroniques et activité physique, un enjeu de santé publique

#### III.1 Etat des lieux

Les pathologies chroniques constituent un vrai problème de santé publique pour notre société. Les derniers chiffres de l'assurance maladie indiquent une prévalence de 10,7 millions de personnes bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée, soit 17.3% de la population inscrite au régime général, et une incidence en progression (1,7 millions en 2016 contre 1,4 millions en 2014). Selon les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), la croissance des effectifs des bénéficiaires du dispositif des ALD est régulière : elle est en moyenne de +2,7% par an entre 2010 et 2016, entre 2016 et 2017, elle est de +3,2%. Les ALD ne représentent pas la totalité des maladies chroniques. « En France, le taux de prévalence pour l'ensemble des ALD s'élève à 17351 pour 100000 personnes protégées du régime général ».(23)(figure 4) Près de 20 millions de personnes consomment des soins dans le cadre d'une maladie chronique, avec ou sans reconnaissance officielle d'affection longue durée, ce qui représente 35% de la population. « Le coût total des soins dispensés s'élève à 94,5 milliards d'euros par an, puisque la prise en charge par le régime obligatoire de l'assurance maladie est de 100 %, selon le rapport 2017 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé. »(24)



*\*Après standardisation sur l'âge et le sexe de la population du régime général  
 Source : CNAM-DSES, régime général y compris sections locales mutualistes*

Figure 4 : *Prévalence des affections de longues durées par départements en 2017 (pour 100000 personnes du régime général).*

La réduction de l'activité physique et l'augmentation de la sédentarité sont des problèmes majeurs de santé publique, en particulier dans les pays développés. La moitié environ de la population mondiale n'est pas suffisamment active physiquement. « L'inactivité physique serait la cause de 1,9 millions de décès dans le monde chaque année. L'inactivité physique serait le premier facteur de risque de mortalité au niveau mondial devant le tabac. »(25). « Son coût a été estimé entre 150 et 300 euros par citoyen et par année en Europe. L'activité physique est un facteur important de maintien de l'autonomie, elle intervient dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques. Elle est aujourd'hui considérée comme une thérapeutique à part entière. »(9)

Des études récentes ont été réalisées, notamment, par « Santé Publique France » avec l'étude Esteban. Elle vise notamment à mesurer notre activité physique et l'importance de certaines maladies chroniques dans la population. Cette étude est répétée tous les 7 ans environ, ce qui permet de recueillir, sur le long terme, des données précieuses pour développer une vision plus

globale de la santé, qui associe environnement, alimentation, nutrition, activité physique et maladies chroniques. « En 2015, l'étude rapportait des résultats alarmants :

- L'inactivité physique et la sédentarité gagnent du terrain dans la population française.
- Le pourcentage de sujets adultes (18-74 ans) atteignant les recommandations d'activité physique pour la santé est de 64 %. (53 % des femmes et 70 % des hommes).
- Les femmes sont les plus concernées : en 10 ans, la proportion de femmes physiquement actives a baissé de 16 %.
- Plus d'une femme sur cinq cumulent sédentarité et inactivité physique.
- Entre 2006 et 2015, le niveau d'activité physique a diminué chez les femmes quel que soit leur âge. Il a augmenté chez les hommes de 40-54 ans et est resté stable dans les autres classes d'âge.
- Le niveau d'activité physique sont encore faibles et la sédentarité plus élevée chez les enfants en 2015 : dégradation quasi-générale de ces indicateurs au cours des 10 dernières années sauf chez les 15-17 ans pour lesquels le niveau d'activité physique a augmenté.
- 28 % des garçons et 18 % des filles atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique en 2015.
- En parallèle, la durée quotidienne moyenne passée devant un écran a fortement augmentée ces 10 dernières années. Alors qu'en 2006, 53 % des adultes déclaraient passer 3 heures ou plus devant un écran chaque jour en dehors de toute activité professionnelle, ils étaient 80 % en 2015.
- Près de la moitié des enfants de 6-10 ans déclaraient passer 3 heures ou plus devant un écran chaque jour, cette proportion atteignait 70 % des 11-14 ans, 71 % des filles et 87 % des garçons de 15-17 ans. En moyenne, entre 2006 et 2015, le temps quotidien passé devant un écran a augmenté de près de 30 minutes chez les enfants de 6-10 ans, d'1h15 chez les enfants de 11-14 ans et de près de 2h chez les 15-17 ans ».(26)

Une autre enquête a été réalisée par l'IRMES (Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport) en 2016 sur 5 ans. Elle retrouve des résultats similaires.(27)

L'inactivité physique est considérée aujourd'hui comme la première cause de mortalité évitable, devant le tabagisme. La sédentarité constitue par ailleurs un facteur de risque de mortalité et de morbidité, indépendamment du niveau d'activité physique.

En 2015, des études ont montré que la sédentarité était responsable de 3,8% de la mortalité dans le monde. C'est-à-dire environ 433000 décès par an.(28)

Augmenter le niveau d'activité physique et diminuer le temps passé à des activités sédentaires sont donc des leviers primordiaux pour l'amélioration de la santé de la population française. Ces leviers font désormais partie intégrante de la stratégie nationale de santé français via les plans régionaux sport santé bien-être(29) et le plan national sport santé 2019-2024(30), ainsi que de la stratégie sur l'activité physique pour la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé 2016-2025. »(31)

### III.2 Effet global de l'activité physique sur la santé

On ne démontre plus le bénéfice de l'activité physique sur de nombreux domaines. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a publié en 2008 et 2019 une expertise collective sur les effets de l'AP sur la santé et sur sa prescription.

« L'activité physique régulière est généralement considérée comme un comportement qui réduit la mortalité prématurée, toutes causes confondues, et qui améliore de nombreux paramètres de santé. Elle pourrait jouer un rôle dans l'allongement de l'espérance de vie ».(1)

Une étude récente « Minerva », (revue d'Evidence-Based Medicine), montrait que « chez l'adulte, le temps consacré à des activités sédentaires était associé, de manière statistiquement significative et indépendamment du degré d'activité physique, à la mortalité globale, à la morbidité cardiovasculaires, à la mortalité liée au cancer ainsi qu'à l'incidence du cancer et du diabète sucré. »(32) Il a été toutefois observé que la force de l'association entre le comportement sédentaire et la mortalité globale diminuait à mesure que l'activité physique augmentait.

Parallèlement et via l'étude Minerva, une méta-analyse a inclus 16 études de cohorte comprenant 1005791 adultes, avec pour but d'analyser le temps passé quotidiennement assis ou devant la télévision et les activités physiques effectuées tous les jours durant une durée de 2 à 18 ans. Les données sur la mortalité globale, sur la mortalité cardiovasculaire ainsi que sur la mortalité liée au cancer du sein et au cancer du côlon ont été rassemblées.

« Les résultats montrent qu'un degré élevé d'activité physique (60 à 75 minutes d'activité physique modérée par jour) peut neutraliser le risque accru de décès qui est associé au

comportement sédentaire. Sur la base de cette étude, il est donc recommandé d'être suffisamment actif lorsqu'il n'est pas possible d'éviter de longues périodes en position assise (au travail ou durant les transports). (32). Il a été conclu dans ces études, que « les sujets qui sont actifs et le restent au cours du suivi ont un risque de mortalité entre 29 % et 79 % plus faible que les sédentaires si ceux-ci le restent. Ceux qui deviennent actifs au cours du suivi ont tendance à rattraper ceux qui sont toujours restés actifs, en termes de niveau du risque relatif. »(32)

En termes de santé publique et de réduction de la mortalité, ces données permettent de confirmer les recommandations habituelles d'activité physique. Il ne faut cependant pas oublier que l'effet de l'activité physique sur la mortalité reste difficile à isoler, car cette activité est associée aux habitudes d'hygiène de vie plus globale (nutrition, sommeil...). La mortalité est un indicateur de qualité de vie qui dépasse la seule activité physique et inclut, par exemple, les conditions socio-économiques et la santé mentale.

### III.3 Effet de l'activité physique sur la qualité de vie

La pratique d'une activité physique régulière a une répercussion importante sur le système nerveux central ainsi que sur le psychisme. C'est un véritable facteur en jeu dans le vécu du ressenti de la « qualité de vie ».

Les études sur l'activité physique et le bien-être ne sont pas récentes, « en 1987, le National Institute of Mental Health a publié un consensus sur les bienfaits de l'activité physique sur la santé mentale. » En 1999, Fox, dans une synthèse de la littérature portant sur 53 articles « estime qu'on a des preuves actuellement suffisantes pour avancer que l'exercice physique peut agir positivement sur le bien-être de la population en général au niveau de l'état psychologique. »(33) La santé est définie par l'OMS comme « un état complet de bien-être physique, mental et social ». Mais la notion de « bien-être » n'est, quant à elle, pas clairement définie. Le modèle de bien-être psychologique à six dimensions est une théorie développée par Ryff.(34)(tableau 2)

*Tableau 2 : dimensions du bien-être psychologique par Ryff*

- Une bonne estime de soi et une évaluation positive de sa vie ;
- De bonnes relations avec les autres
- Une sensation de maîtrise sur sa vie et son environnement
- La sensation de pouvoir prendre ses propres décisions et d'être autonome
- Donner un sens à sa vie
- Se sentir dans la continuité de son développement personnel.

« Le bien-être est une notion complexe, plurifactorielle, qui est beaucoup plus subtile que le simple fait de se sentir bien. Ce bien-être est constamment en évolution et en construction tout au long de notre vie. »(34) L'analyse du bien-être est donc très difficile. Il est parfois mesuré à partir d'une ou plusieurs échelles globales (échelle de satisfaction, de bonheur, de qualité de vie).

#### **IV. Histoire de la représentation de la santé via l'activité physique en médecine**

« Physical activity and health : what is old is new again ».(35)

Il est bon de s'intéresser un tant soit peu aux premières notions d'activité physique dans l'histoire de la médecine, pour finalement en conclure que la tendance actuelle de l'intervention non médicamenteuse, largement recommandée par les grandes instances, ne cache aucune nouveauté.

« Primum non nocere » : « l'art du médecin consiste avant tout à ne pas nuire à la nature. La nature, avec Hippocrate, guide le corps, elle est le médecin des corps, elle tend à leur conservation : « c'est la nature qui guérit les maladies ». (36) La médecine hippocratique (400 av JC), est divisée en deux branches : la médecine préventive ou l'hygiène, et la médecine curative. Il importe avant tout de préserver la santé. « Il n'y a ni mesure, ni poids, ni nombre qui puisse nous servir à la définir plus exactement. Elle est une homéostasie, un état d'équilibre, une proportion convenable ».(36)

Galien très important médecin grec, né à Pergame en 131, était attaché au service de l'empereur Marc-Aurèle. La théorie des humeurs qui est au centre du galénisme dominera la

science médicale, jusqu'à la Renaissance et jusqu'à l'avènement de la conception mécaniste du corps, qui fait jour à partir du XVI<sup>e</sup> siècle. Selon cette théorie, « la maladie est due à une altération des quatre humeurs constitutives du corps : le sang, le phlegme, la bile et l'atrabile. La santé ne peut être conçue que comme un équilibre des humeurs que, tout excès, dont celui qui consiste en un exercice trop intense ou trop soutenu, vient perturber. »(36)

C'est Galien qui commence à parler de caractérisation d'une activité physique et de bénéfique pour la santé. Il divise en espèces et en sous-espèces les exercices physiques selon les différents types de mouvements. Il néglige alors la distinction hippocratique entre exercices forcés et naturels, il préfère les classer selon leurs caractères actifs ou passifs.

« Les exercices actifs sont regroupés en trois catégories : les uns exigent de la *force*, les autres de la *rapidité*, les derniers, enfin, sont *violents*. Galien est le premier à avoir étudié en détails l'effet sur les muscles, les nerfs et les organes, des exercices actifs ». « La transpiration accompagnant l'activité physique maintient les pores et conduits du corps ouverts, permettant l'évaporation des superfluidités présentes dans le corps. » (36) Galien préconise des exercices symétriques pour éviter le développement unilatéral des membres ou des organes. « Les exercices passifs sont représentés par la navigation, le déplacement en voiture. Tous ces exercices supposent le mouvement d'un sujet par une force extérieure ».(37)

Il introduit déjà la notion d'activité physique adaptée. Ainsi il dénonce l'emprise des pédotribes (entraîneurs dans l'antiquité), sur la formation athlétique de la jeunesse grecque. « Leur ignorance de la science médicale, nous dit Galien, les rend inaptes à déterminer les exercices appropriés à chaque individu ». « La médecine revendique désormais pour elle seule un pan entier de la gymnastique, une gymnastique préventive et thérapeutique, qui s'intéresse avant tout, au maintien et au rétablissement de la santé. Il va se dessiner un cloisonnement progressif des compétences, une spécialisation du savoir, qui accompagnent la dissolution de l'éducation générale en champs étanches d'enseignement dès le Ve siècle av. J.-C par les sophistes et qui culminera avec le triomphe de la rhétorique sous l'empire romain ».(38)

Le lien entre l'activité physique et la santé, vont être décrits de plus en plus finement, au fil des grandes découvertes médicales dès le XVI<sup>e</sup> siècle, « la circulation pulmonaire (1540), la circulation sanguine et le rôle du cœur (1628), la consommation d'oxygène et la respiration (1784) ou encore la fonction glycogénique du foie (1850) »(39) Les effets présumés favorables de l'exercice physique sur l'organisme humain font l'objet de recherches scientifiques, notamment aux États-Unis. « En France, Fernand Lagrange s'insurge dès 1907 contre

l'insuffisance de jeux et d'activités en plein air dans les internats, ouvrant la voie à la promotion de l'activité physique comme politique de santé publique. »(39)

Au XXe siècle la lutte contre la sédentarité prend son essor. Les pays scandinaves et les USA prennent de l'avance en matière de promotion d'activité physique. « La Norvège élabore dès 1967 une action à long terme (le programme TRIM) destinée à encourager la population à participer le plus largement possible à des activités sportives. La promotion des activités physiques et sportives aux États-Unis fait l'objet de onze recommandations de la part des autorités fédérales dans le cadre des objectifs nationaux de santé des années 1980-1990 ». (39)

Aujourd'hui la santé possède une dimension citoyenne et sociale et une définition individuelle. « La capacité physique, psychique et sociale d'une personne à agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie. »(40)

On peut donc se poser la question : Pourquoi avoir attendu si longtemps un décret sur l'activité physique adaptée, alors que l'on en parle depuis 2500 ans ? Le besoin de preuves scientifiques et de données médico économiques est une réponse probable.

## V. Promotion de l'activité physique

### V.1 Recommandations actuelles en activité physique de l'OMS

En 2018, l'OMS rédige de nouvelles recommandations en matière d'AP. (Figure 5)

#### *PUBLIC*

<i>5 à 17 ans</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 60 min d'activité physique par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.</li><li>• Devrait être essentiellement une activité d'endurance.</li><li>• Des activités d'intensité soutenue, qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être incorporées au moins trois fois par semaines.</li></ul>
<i>18 à 64 ans</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 150 min d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue par semaine.</li><li>• L'activité d'endurance : par période d'au moins 10 minutes.</li><li>• Pour optimiser : activité d'endurance d'intensité modérée 300min par semaine ou 150 min par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.</li><li>• Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaines.</li></ul>
<i>Plus de 65 ans</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 150 min d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue par semaine.</li><li>• L'activité d'endurance : par période d'au moins 10 minutes</li><li>• Pour optimiser : 300min par semaine ou pratiquer 150min d'activité physique d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.</li><li>• Les personnes âgées dont la mobilité est réduite : pratiquer une activité physique au moins 3 jours par semaines.</li><li>• Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaines.</li><li>• Lorsque des personnes âgées ne peuvent pas pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, ils devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités de santé leur permettent.</li></ul>

Figure 5 : Recommandation en activité physique de l'OMS 2018

Un tableau a été établi par la HAS à partir des Guidelines de l'American college of sport medicine (ACSM) 2018. (9)(Tableau3)

*Tableau 3 : recommandation en activité physique pour un patient en bonne santé. Activité physique en endurance. HAS 2018*

FITT-V	Recommandations
Fréquence	≥ 5 jours par semaine d'AP d'intensité modérée ou ≥ 3 jours par semaine d'AP d'intensité élevée ou une combinaison d'AP d'intensité modérée à élevée ≥ 3-5 jours par semaine
Intensité	Intensité modérée et/ou élevée pour la plupart des adultes Des AP d'intensité légère peuvent déjà être bénéfiques pour des individus déconditionnés
Temps	30 à 60 min par jour d'AP d'intensité modérée ou 25 à 50 min par jour d'AP d'intensité élevée ou une combinaison d'AP d'intensité modérée à élevée pour la plupart des adultes
Type	Les exercices rythmiques et continus en aérobie d'intensité au moins modérée qui mobilisent de grands groupes musculaires. Des activités de loisirs et sportives avec des contraintes cardio-vasculaires dynamiques <sup>9</sup> prédominantes, selon la condition physique et les compétences sportives de l'individu
Volume	<p>≥ 500 à 1 000 METs-min par sem. (approximativement 1 000 kcal par sem.)</p> <p>Au podomètre, une augmentation progressive de ≥ 1 000-3 000 pas par jour, pour atteindre 7 000 à 10 000 pas par jour ou 150 à 300 minutes par semaine d'AP d'intensité modérée ou 75 à 150 minutes d'AP d'intensité élevée ou un volume équivalent d'AP d'intensité modérée à élevée.</p> <p>Des volumes inférieurs d'AP par jour restent bénéfiques, surtout chez les individus sédentaires ou déconditionnés et les individus incapables d'atteindre l'objectif recommandé Toutes les durées (même inférieures à 10 min) d'AP d'intensité au moins modérée doivent être comptabilisées dans le calcul du volume d'AP recommandé</p>
Progression	Une augmentation progressive du volume d'AP par un ajustement de la durée, de la fréquence et/ou de l'intensité pour atteindre les objectifs recommandés, afin de réduire les risques de blessures musculo-squelettiques et d'événements cardiaques et améliorer l'adhésion de l'individu au programme d'AP

Les résultats des études récentes précédemment décrites, montrent que ces recommandations sont loin d'être atteintes par la majorité de la population. Devant ces résultats alarmants, plusieurs plans de promotion de l'activité physique, activité physique adaptée, et changement de comportement global, sont créés.

## V.2 Plans de santé pour la promotion de l'activité physique pour les patients

### V.2.1 Plans à l'échelle mondiale

En 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), recommande aux états membres de promouvoir et de renforcer les programmes d'AP dans le cadre de leurs politiques nationales sociales et de santé publique, en vue d'accroître le niveau d'AP de leurs populations via une résolution intitulée « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » Les axes de travail sont notamment : « D'encourager les personnes âgées à mener une vie physiquement active et à avoir une bonne nutrition afin de conserver leur autonomie et leur vie sociale et de donner des conseils sur l'AP aux personnes avec un handicap ou souffrant de maladies chroniques et leur fournir les installations répondant à leurs besoins. » (41) Elle publie un questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ) qui permet de calculer le niveau d'AP et le temps passé à des activités sédentaires des individus.(42)

En 2010, elle émet des recommandations d'AP pour la santé en population générale (enfants, adultes et personnes âgées). Ces recommandations font consensus et sont reprises par l'ensemble des pays. (OMS, 2010).

En 2016, elle publie **la stratégie 2016-2025 sur l'AP pour la région européenne**, qui s'inscrit dans le plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l'OMS dont les objectifs sont : « une réduction relative de 10 % de la prévalence de l'AP insuffisante d'ici 2025, une réduction de 25 % du risque de mortalité prématurée imputable aux maladies cardio-vasculaires, aux cancers, au diabète et aux infections respiratoires chroniques, une réduction de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle et un ralentissement de la prévalence du diabète et de l'obésité ». « Cette stratégie comporte notamment comme domaine prioritaire de promouvoir l'AP chez les personnes âgées ; et soutenir l'action moyennant le suivi, la surveillance, la fourniture d'outils, la mise en place de plateformes et de structures d'appui ».(31)

En 2018, l'OMS, dans son **Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030** : « More active people for a healthier world », estime que, dans le monde, « un adulte sur quatre, et trois adolescents (âgés de 11 à 17 ans) sur quatre, n'atteignent pas les recommandations d'AP pour la santé ». L'objectif pour 2030 est une réduction globale de 15 % de l'inactivité chez les adultes et les adolescents. Ce document met en avant des inégalités importantes d'accès à l'AP en fonction du sexe et du statut socio-économique des individus. « Les femmes, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes défavorisées, les personnes précaires et les habitants en milieu rural, ont moins souvent accès à des lieux et espaces appropriés, accessibles, sûrs et abordables pour pratiquer une AP et sportive ». De plus, « 2 à 3 % des dépenses nationales de santé seraient imputables à l'inactivité physique ». Il rappelle également que selon la charte internationale de l'UNESCO : « la pratique de l'AP et du sport est un droit fondamental pour tous », et souligne qu'il est important de promouvoir le sport à tous les âges de la vie.(43)

Pour de nombreux pays, la promotion de l'activité physique en population générale ou ciblée sur des populations atteintes de maladies chroniques, est donc devenue un des éléments majeurs des plans nationaux de prévention pour la santé.

Les plans de promotion de l'AP sont de deux types. Soit des plans dits « classiques » par la mobilisation des différents acteurs de la société et souvent gérés directement par l'Etat, soit des plans de promotion de l'AP « sur ordonnance », généralement en soins primaires, par la mobilisation du médecin traitant et des collectivités.

Les pays scandinaves ont pris de l'avance en matière de promotion de l'activité physique, ces dernières années. « Depuis 2004, la Finlande par exemple, a été le premier pays européen à développer une approche intégrée de la promotion de la santé à travers l'activité physique HEPA (Health-Enhancing Physical Activity) comme modèle de santé publique pour illustrer les rôles respectifs de l'individu et de la société dans les comportements de santé et de l'adaptation possible aux comportements d'activité physique. »(43)(figure 6)

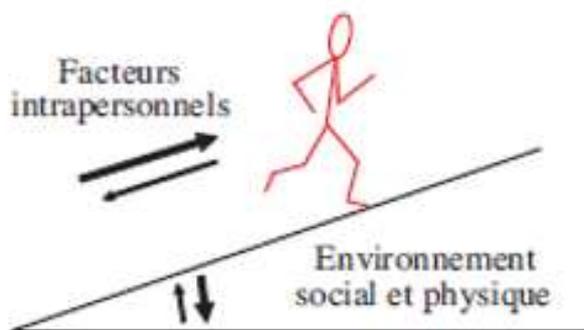


Figure 5 : Rôle des facteurs intrapersonnels et de l'environnement social et physique sur les comportements d'activité physique.

### V.2.2 Plans de promotion de l'activité physique en France

**Le programme national nutrition santé (PNNS) 2001- 2005 :** « L'objectif était d'augmenter de 25 % la proportion d'adultes pratiquant l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour et de combattre la sédentarité dès l'enfance. »(44)

**Le plan national Bien vieillir 2007-2009 (PNBV).** « Son axe était de promouvoir les activités physiques et sportives pour les personnes âgées de 55 à 75 ans. »(45)

**Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 :** « il aborde les maladies chroniques de manière transversale, sanitaire, médico-sociale et sociale. Il décline quatre axes : mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer, élargir la médecine de soins à la prévention, faciliter la vie quotidienne des malades, et mieux connaître les besoins. Il identifie des besoins communs à l'ensemble des maladies chroniques, dont l'AP. « En 2013, ce plan a été évalué par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) qui souligne sa pertinence et la prise de conscience qu'il a suscité sur les maladies chroniques et le rôle des patients, mais aussi « son impact probablement limité au regard des ambitions affichées sur l'amélioration de la qualité de vie de ces patients ».(46)

Premier plan transversal, « ce plan est l'un des cinq plans stratégiques de la loi de santé publique de 2004. Ce plan a constitué une avancée importante dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Il a cherché à proposer des solutions globales intégrant les dimensions sanitaires, médico-sociales et sociales. » Cette période a vu l'émergence d'une réflexion sur les maladies chroniques et d'un nouveau rôle pour le patient. Les dispositifs visant à l'autonomisation du patient, comme l'éducation thérapeutique, se sont

développés. « Le HCSP considère que l'effort d'adaptation du système de santé à ces enjeux et la mobilisation engagée doivent être poursuivis. Le HCSP, émet des recommandations opérationnelles et propose des principes d'actions et des objectifs stratégiques pour un futur plan consacré aux maladies chroniques. »(46)

**Le rapport « retrouver sa liberté de mouvement »,** de Jean-François Toussaint en 2008 précise les actions à mener pour un plan national de prévention par l'activité physique ou sportive.(47)

**Le plan national nutrition santé 2011-2015 (PNNS)** a pour axe de « développer l'AP et sportive et limiter la sédentarité ». « Il fixe comme objectif d'augmenter la proportion de personnes situées dans la classe d'AP élevée de 20 % chez les hommes et de 25 % chez les femmes, et dans la classe d'AP moyenne de 20 % dans les deux sexes (28). Chez l'enfant, l'objectif est d'atteindre 50 % des 3 à 17 ans pratiquant au moins 60 minutes d'activité intense par jour, 3 jours minimum par semaine, et de diminuer de 10 % le temps moyen passé devant les écrans. En parallèle à ces recommandations d'AP pour tous, le PNNS formule des objectifs, non chiffrés, de développement des APA, pour toucher les personnes particulièrement vulnérables, c'est-à-dire les populations défavorisées, en situation de handicap et atteintes de maladies chroniques, ou personnes âgées. ».(48)

**Le plan obésité 2010-2013** complète le PNNS par l'organisation du dépistage et la prise en charge des patients en surpoids : « mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'AP »(48)

**Le rapport : « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société »** de Jean-Pierre Aquino procède à un état des lieux et réalise une synthèse des bonnes pratiques en matière de prévention et d'accompagnement des seniors. L'objectif est « d'amener les personnes de 50 ans et plus à des niveaux de pratique d'AP recommandés pour la santé, tout en veillant à réduire les inégalités sociales de santé »(49)

**Le rapport : « Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés »** de Daniel Rivière 2013. Répond en termes de propositions pratiques aux huit mesures du rapport précédent.(50)

**Le plan cancer 2014-2019** encourage l'AP en prévention primaire, secondaire et tertiaire dans la prise en charge des pathologies cancéreuses. Il propose une série d'actions en lien avec l'AP.(51)

**Le 3eme plan national santé environnement 2015-2019** (PNSE 3) promeut l'AP à travers les modes de déplacements actifs. « Ce troisième PNSE témoigne de la volonté du gouvernement de réduire autant que possible et de façon la plus efficace les impacts des facteurs environnementaux sur la santé afin de permettre à chacun de vivre dans un environnement favorable à la santé. »(52)

**Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie - 2015** de JP. Aquino répond aux objectifs du rapport « Anticiper pour une autonomie préservée ». « S'articule autour du développement de la pratique d'activités physiques et sportives ; de la lutte contre la sédentarité, du maintien de la mobilité par l'équilibre, marche, prévention des chutes ; de la formation des soignants à promouvoir, dans le parcours de santé, une pratique d'AP des seniors adaptée à leur état de santé ; du développement des programmes de recherche sur l'AP et la personne avançant en âge. »(53)

### V.2.3 Sur le plan législatif et interministériel.

L'instruction ministérielle 2012N°DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, fait naître le « terme de sport santé bien-être ».(54) L'état reconnaît l'activité physique comme un « outil majeur de la politique de santé publique ».

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 stipule 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 ».(6)

Dans cette dynamique, les Agences régionales de santé (ARS), en partenariat avec les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociales (DRJSCS), veulent faire de la pratique des AP une priorité. Les objectifs étaient d'accroître le recours aux activités physiques et sportives comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la prescription d'APS par les médecins et les autres professionnels de santé. Dans le cadre d'un co-pilotage par les (ARS) et les (DRJSCS), les plans régionaux sport santé bien-être (PRSSBE) ont permis d'effectuer un recensement et d'apporter une cohérence parmi les actions menées, sur le territoire, principalement par des acteurs associatifs. Ces actions se déclinent notamment en

réseaux sport santé, actuellement présents dans 13 régions en France métropolitaine ainsi que dans les DOM/TOM. Aujourd'hui ces réseaux sont plus ou moins développés et opérationnels, en fonction des régions et du bon vouloir des acteurs locaux.

**La stratégie nationale sport santé 2019-2024**, visera à améliorer l'état de santé de la population. Un des objectifs principaux est de favoriser le recours à la prescription et à la dispensation de l'activité physique adaptée et de renforcer la coordination interdisciplinaire. »(30) Les différents axes de cette stratégie sont : « la promotion de la santé et du bien-être par l'activité physique et sportive, le développement de l'offre et le recours à l'activité physique adaptée à des fins d'appui thérapeutique.

Plusieurs actions sont proposées dans ce but :

- « - Recenser l'offre d'APA, la mettre à disposition du grand public et des professionnels et s'assurer de la qualité des pratiques proposées.
- Développer la pratique d'APA pour les personnes atteintes de maladies chroniques.
- Développer des activités physiques adaptées pour les personnes détenues.
- Développer le recours à la prescription d'APA par les médecins.
- Développer les compétences des professionnels de santé et du sport intervenant dans le champ de l'activité physique adaptée et favoriser l'interdisciplinarité.
- Un autre objectif est d'identifier des voies de solvabilisation de la pratique d'APA à visée sanitaire en soutenant l'offre d'APA existantes et en explorer des nouvelles. »(30)

## VI. Etat des lieux de l'activité physique adaptée en France

### VI.1 Expertise

Depuis 2016 et la nouvelle législation concernant l'APA, les groupes d'expert se réunissent pour mettre à jour les connaissances vis-à-vis de l'activité physique adaptée et de la santé de la population.

**Le rapport 2016 de l'ANSES d'expertise collective « Actualisation des repères PNNS et révisions des repères relatifs à l'AP et à la sédentarité »**, avait comme objectif de compléter l'expertise collective de l'INSERM 2008.(4)

**Le rapport 2017, l'INCA (Institut national du cancer) « Bénéfices de l'AP pendant et après le cancer. »** « Propose un état des lieux et des connaissances des différents effets à attendre de l'activité physique (AP) et de la réduction de la sédentarité pour les patients. Il a aussi pour objectif de préciser les facteurs qui limitent ou facilitent, notamment, sa mise en pratique. Des pistes de recherche à investir ainsi que des repères et conditions de pratique d'AP adaptés aux besoins de cette population ont ainsi pu être identifiés. »(55)

**Le rapport d'expertise collective 2016-2018 de l'INSERM « Prévention secondaire et tertiaire de pathologies chroniques par l'AP »,** a été réalisé en vue de compléter son rapport d'expertise de 2008.(1)

## VI.2 Evolutions et perspectives

L'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) et le Pôle ressources national (PRN) Sport Santé Bien-Être font le point, dans leur rapport du 14 octobre 2019, sur les dispositifs de prescription d'activité physique mis en place et sur leurs modes de fonctionnement et de financement. A ce jour, il semble qu'aucun dispositif ne soit financé de façon pérenne, alors que la santé constitue un droit immatériel et que l'activité physique et sportive est probablement actuellement l'un des meilleurs moyens de maintenir de prévenir la plupart des maladies chroniques tout en augmentant la qualité de vie et la cohésion sociale. « Ce rapport montre la diversité des dispositifs mis en place, la collaboration des différents intervenants (médicaux, paramédicaux, professionnels de l'activité physique formés, politiques, institutionnels) pour trouver des solutions pour tous ».(23) Il est à noter que plusieurs mutuelles et assurances proposent désormais à leurs assurés des aides financières pour l'APA, mais cela reste encore peu développé.

En 2015, ont été organisées les premières assises du sport santé sur ordonnance à Strasbourg, qui a été une des villes pionnières en termes de sport santé, en lançant son dispositif « réseau sport santé sur ordonnance » en 2012. Ces premières assises avaient permis de contextualiser le sport santé sur ordonnance et de donner des exemples de mises en œuvre. Les deuxièmes assises ont été constituées en octobre 2017, dans le but de continuer d'impulser la dynamique et de faire un bilan à deux ans. Le 14 octobre 2019, ont eu lieu les troisièmes assises, dont la thématique générale était la stratégie nationale du sport santé : une chance pour les territoires. Aujourd'hui il existe près de 100 dispositifs (réseaux municipaux, réseaux de santé,

associations) en France. Cette puissance d'innovation locale doit maintenant être soutenue par une politique nationale du sport santé ambitieuse, organisée et financée. Ces Assises ont été organisées grâce au réseau national sport santé des Villes-Santé de l'OMS. Il a également été question d'annoncer la création d'une fédération des réseaux sport santé.

En Occitanie, la DRJSCS a mis en place une approche territoriale innovante et valorisante depuis 2009, à travers le Label Ville Vivez Bougez®. Le label est un moyen de reconnaître l'engagement d'une collectivité dans une démarche sport et santé et de l'accompagner dans cette démarche. Ce label s'inscrit dans une démarche de santé publique prenant en compte l'activité physique. « Il permet d'établir une politique d'intervention de proximité entre les acteurs de la commune (associations sportives) et la population ». (56)

### VI.3 Evolution de la terminologie autour de l'APA

Dans le rapport des troisièmes assises sur l'activité physique sur ordonnance, il a été question de préciser la terminologie autour de l'activité physique et de la notion de la prescription. En effet l'expression « activité physique sur prescription » fait consensus comparés à « sport sur ordonnance » ou « sport santé sur ordonnance ». Nous avons vu que le « sport » est une forme d'activité physique particulière. (Cf. Définitions). Le terme « sport » paraît donc réducteur et peut également rebuter certains patients. Lors d'une prescription d'activité physique adaptée, le but est d'encourager le patient à adopter un comportement actif par la pratique quotidienne d'activités physiques choisies, mais aussi à diminuer ses attitudes sédentaires. Il est donc indispensable, en amont de cette prescription, de réaliser une véritable éducation thérapeutique (accompagnement, motivation...), dans laquelle « l'ordonnance », d'un point de vue étymologique (idée d'obligation), n'a pas de place. » (23)

### VI.4 Tour d'horizon de l'activité physique adaptée à l'étranger

Une étude du Sénat, de la législation comparée, en 2019, a conduit une recherche sur la prescription médicale d'activité physique à des fins thérapeutiques, pour le traitement de maladies chroniques notamment, dans cinq pays : l'Allemagne, le Canada, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suède.

**Le système Allemand** semble bien en place et bien cadré juridiquement. Il se rapproche du système français, concernant la pratique de l'activité physique, mais en diffère par rapport à la prise en charge financière. En effet la prescription d'exercice d'activité physique par un médecin est commune. Elle est utilisée tant à des fins thérapeutiques que préventives. Elle est bien identifiée dans la législation fédérale. « Le régime juridique est complété par les règles posées par les organismes de sécurité sociale et décliné dans des dispositifs régionaux ».(57) Toute personne menacée par l'apparition d'un handicap ou souffrant de maladies chroniques et recevant un traitement médical à ce titre, peut bénéficier de la prestation. « les patients bénéficient des mêmes prestations que les personnes handicapées, dans la mesure où il existe une dégradation de leur capacité à s'insérer dans la vie sociale ».(57) Une demande de prise en charge par la caisse d'assurance maladie doit être réalisée par le patient. L'accord de prise en charge est valable 6 mois. Passé ce délai, l'ordonnance devient caduque et la validation de la prise en charge est annulée. Comme en France, les listes d'attente peuvent être longues dans certains organismes agréés pour délivrer les prestations adaptées d'activité physique. Ces prestations sont donc prises en charge financièrement, sans coût pour le patient, par les différentes caisses du système de sécurité sociale. La prise en charge est limitée dans le temps en fonction des objectifs médicaux à atteindre. « Les objectifs de ces prestations sont : les bénéfices physiques en termes d'endurance, de force, de coordination, de souplesse et les bénéfices psychologiques, le développement de l'autonomie du patient et atteindre un degré de motivation suffisante pour pratiquer une activité physique régulière sur le long terme, de façon autonome et responsable et à ses propres frais. »(57)

Une des différences avec le système français, est que le suivi des patients se fait par un médecin au sein de la structure d'activité physique. « Le suivi des groupes de sport de réadaptation est réalisé par un médecin associé, qui conseille, le patient et les entraîneurs pendant les séances. Les tâches du médecin-conseil (nécessairement expérimenté), sont de déterminer les exercices adaptés en fonction des limitations et de l'état de santé du patient, de déterminer avant chaque séance la résistance du patient, de la prendre en compte dans la définition de l'entraînement du jour et de surveiller les participants pendant la séance. La présence personnelle et continue du médecin-conseil est obligatoire au cours des séances pour les malades cardiaques ». (57)

**En Italie et aux Royaume-Uni**, l'activité physique adaptée se pratique de manière décentralisée, comme en France, via des initiatives régionales.« De par l'organisation territoriale de l'Etat, les régions ont des compétences législatives encadrées par la Constitution,

ce qui entraîne une différenciation de l'organisation des services de santé ».(57) Des régions comme la Vénétie et la Sardaigne, disposent d'une autonomie particulièrement étendue. Ces régions ont adopté des dispositions concernant la prescription d'activité physique pour les patients atteints de maladie chronique. En Vénétie, « Des programmes d'activité physique structurés et adaptés au patient se déroulent donc sur ordonnance ou conseil médical et sous le contrôle d'un diplômé universitaire en sciences motrices, au sein de structures publiques ou privées, dites « gymnases de santé » ayant obtenu l'agrément de la Région ». Concernant la prescription, le médecin indique le type, l'intensité, la fréquence et la durée de l'exercice qui doit être réalisé. « Il s'agit d'activités considérées comme partie intégrante du traitement, ou comme compléments utiles du traitement, afin d'améliorer la condition du patient ».(57)

Sur le plan financier, en Vénétie, rien n'est prévu pour le remboursement des pratiques d'activité sportive sur ordonnance médicale.

« La région autonome de Sardaigne a adopté un document portant sur la promotion et la prescription d'activité physique chez les patients ayant des pathologies chroniques. Les lignes directrices prévoient deux types de prescription d'activité physique : une prescription d'activité physique autonome et une prescription d'exercice physique adapté. »(57) Le médecin décide du type de prescription à prescrire selon l'état de santé de son patient.

Dans la prescription d'activité physique adapté, il est nécessaire d'individualiser, dans l'ordonnance, les paramètres suivants : la fréquence (le nombre de séances par semaine), l'intensité, la durée et le type d'exercice (aérobie, anaérobie, exercice de puissance ou mixte).

« En ce qui concerne les frais et le remboursement, les coûts de l'activité physique autonome doivent être supportés par le patient lui-même. Quant à la prescription d'exercice physique adapté, les patients pourront bénéficier des ressources allouées par la Sardaigne à ce projet dans une phase initiale à titre expérimental, ce après quoi ils devront réaliser l'activité à leurs frais. »(57)

Au Royaume-Uni, un programme d'orientation vers l'activité physique (*exercise referral scheme*) encouragé par le *National Health Service*, le service public de santé, peut être mis en place entre un médecin et un patient si ce dernier répond à plusieurs critères. Ces critères et la mise en œuvre de ce programme dépendent des collectivités territoriales et varient selon celles-ci. Le programme est suivi sur une durée de 12 à 16 semaines. Il n'est pas nécessairement gratuit, une participation de quelques livres par session peut être demandée aux pratiquants. Ainsi les critères d'inclusions, et le fonctionnement général se rapproche de ce que l'on peut

voir en France, cependant une différence existe quant à l'obtention de la prescription d'activité physique. « Toute personne pensant remplir ces critères et souhaitant bénéficier du programme, doit initialement se rapprocher de son médecin généraliste, d'un infirmier ou d'un conseiller santé, pour obtenir une recommandation. Le professionnel de santé va faire parvenir cette recommandation au service communal gérant le programme, qui convoquera la personne à un premier rendez-vous avec un agent du programme dans un centre sportif. Ce premier entretien dure une heure environ et n'est pas un rendez-vous sportif, il vise à faire le point sur la santé et le mode de vie de la personne puis à mettre en place les exercices appropriés et les activités pour le programme de 12 semaines ». (57)

On peut citer Le programme **Let's get Moving en Angleterre. (2010-2015)**. Les médecins devaient évaluer le niveau AP des patients via des questionnaires, puis remettre une brochure explicative à tous les patients n'atteignant pas le niveau d'AP recommandé, après avoir bénéficié d'une séance d'entretien motivationnel centrée sur l'AP. Les patients étaient ensuite orientés vers un programme d'AP supervisé dans une structure ou association sportive.(58)

Une étude, via ce programme a montré que beaucoup de médecins généralistes en Angleterre ne considéraient pas la promotion de l'AP comme leur rôle et que la mise en place du programme était chronophage et difficile à mettre en œuvre. Un autre programme a été créé en 2013 « **My Best Move** », qui consistait à proposer des formations aux médecins généralistes sur la promotion d'activité physique appropriées à leurs patients. « L'étude de ce programme a montré une augmentation de la confiance des médecins généralistes en matière de recommandations d'AP et une nette amélioration de l'importance que les médecins généralistes attachent au rôle de l'activité physique adaptée. »(59)

**Les systèmes de santé du Canada et de Suède** encouragent la pratique sportive, sans réelle prescription thérapeutique et sans prise en charge financière. La prescription d'activités physique consiste à promouvoir une recommandation générique, plutôt qu'une réelle prescription médicale au sens strict. « Il s'agit d'un instrument de la politique générale de la santé publique pour encourager la pratique sportive comme facteur de prévention des maladies et d'amélioration de l'état de santé général de la population ». Cette tendance est encore plus marquée au Canada qu'en Suède mais, dans aucun des deux pays, les activités pratiquées du fait d'une « prescription » d'activité physique ne font l'objet d'une prise en charge financière par les assurances sociales générales.(57)

Au **Canada**, Les médecins peuvent prescrire de l'activité physique sans que cela ne soit réellement une prescription, au sens médical du terme. Il existe cependant, certaines initiatives venant de la profession médicale, ou des associations de patients, qui tentent de généraliser la prescription d'exercice, mais sans cadre légal ou réglementaire et sans convention avec l'assurance sociale. Depuis 2007, l'initiative mondiale, « **l'exercice : un médicament®**, « Exercise is Medicine » vise la promotion de l'activité physique par les médecins généralistes, en posant la question de la pratique de l'exercice physique, lors des consultations. Le programme, a été lancé par l'American College of Sports Medicine et se développe maintenant dans plusieurs pays dont le Canada.(60)

Depuis 2015, une initiative conjointe de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et du Grand Défi Pierre Lavoie, encourage les médecins de famille à prescrire des « cubes d'énergie » à leurs patients, un cube équivalant à 15 minutes d'activité physique.(57)

Depuis 2001, **la Suède** tend à inciter la population à pratiquer une activité physique régulière afin de prévenir et soigner différentes affections, le gouvernement a donc mis en place une politique publique intitulée « **Mettre la Suède en mouvement** », introduisant une nouvelle manière de procéder, à savoir, la prescription médicale d'activité physique. « L'objectif était de développer une passerelle entre le monde médical et celui du sport. « Cependant, il n'avait été créé aucun dispositif légal, qui fixerait précisément les contours de cette politique, laissée à l'initiative de la profession et soutenue diversement par les régions ».(57)

L'ordonnance précise la durée, la fréquence et l'intensité auxquelles l'activité doit être suivie pour qu'un résultat soit atteint. Toutefois, il ne s'agit pas d'une ordonnance donnant lieu à la prise en charge par un système d'assurance maladie. La direction nationale de la santé publique et des affaires sociales estime pourtant, en moyenne à 100000 le nombre de prescriptions sportives délivrées chaque année en Suède. De ce fait, deux motions ont été déposées au Parlement au cours de l'année 2017. Elles ont reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales, mais ne se sont pas traduites en décision gouvernementale. « La première concernait le besoin d'uniformisation des prescriptions, au regard de la diversité des profils des personnels habilités et d'un besoin de clarté quant à l'offre disponible. La deuxième était une proposition de charger l'Agence nationale de santé publique de la surveillance du déploiement du dispositif au niveau régional. Ce contrôle permettait, notamment d'examiner la corrélation

entre le nombre de prescriptions et les effets éventuels sur la santé, sur la démographie et sur la prescription médicamenteuse ». (57)

Ailleurs à l'étranger, on peut citer :

**Le programme Paprica en Suisse** (Physical Activity promotion in primary care), est un programme de formation à l'intention des médecins, pour promouvoir l'activité physique adaptée. Ce programme se compose d'une formation à la prescription avec des conseils en AP, d'un manuel de référence pour les médecins, d'une brochure pour les patients, des outils didactiques pour l'évaluation du niveau d'AP, ainsi qu'un listage des lieux de pratique d'AP.

**Le programme « Prescription verte »** (The Green Prescription Program), en Nouvelle-Zélande lancé dans les années 1990. Il se base sur la pratique d'AP modérée 30 minutes par jour, 5 jours par semaine ou plus. Celle-ci est prescrite par un médecin généraliste ou une infirmière. Les cibles de cette prescription sont les patients sédentaires, en surpoids, porteurs de pathologies chroniques stables ou en bonne santé. Un éducateur sportif spécialisé, aide à définir un programme d'AP. Au bout de 3 mois, un retour est réalisé auprès du prescripteur par l'éducateur.

**Le programme « Ordonnance pour l'activité physique »** en Finlande. Selon une étude réalisée en 2010 par la Commission Européenne, la Finlande occupe la première marche du podium en termes d'activités physiques en Europe, ainsi que l'une des meilleures places au niveau mondial. Ce pays a développé deux modèles au niveau national : le premier, dans le cadre d'une coopération entre l'association finlandaise de rhumatologie, l'association médicale finlandaise et l'association finlandaise du cœur, et le second, conduit par le Folkhalan, qui est la plus grande ONG suédoise sociale et de la santé.

#### VI.5 Exemples de programmes d'activité physique adaptée en France

De nombreuses expérimentations concernant la délivrance d'activité physique adaptée ont vu le jour ces dernières années. Voilà un tour d'horizon des plus développées.

### **VI.5.1 Le programme « sport sur ordonnance » à Strasbourg**

Mis en place depuis 2012, en collaboration avec l'ARS, la caisse locale d'assurance maladie, la préfecture du Bas-Rhin depuis 2012 et le réseau de médecins généralistes. Une des particularités du dispositif est la gratuité des activités pour les patients, puisqu'il était pris en charge financièrement et matériellement par la Ville de Strasbourg, la DRDJSCS Grand Est, l'ARS, le régime local d'Alsace Moselle et les hôpitaux universitaires de Strasbourg. En 2018, 1400 patients avaient participé aux dispositifs et on comptait 300 médecins prescripteurs. Ce dispositif constitue un socle du « Réseau national en faveur du développement du sport-santé sur ordonnance », créé en 2016, sous l'égide des villes santé de l'OMS. En mars 2017, le réseau compte 45 villes dont Le Crès, Sète, Blagnac, et Balaruc les bains en Occitanie.(61)

### **VI.5.2 Programmes d'activité physique adaptée en Occitanie**

#### *VI.5.2.A Le réseau de santé efFORMip en Midi-Pyrénées*

« Depuis sa création en 2005, efFORMip agit pour lutter contre la sédentarité et l'inactivité physique des porteurs de pathologies chroniques, en favorisant le recours aux activités physiques sur prescription médicale, dans une logique de prévention tertiaire. Ce réseau a fait partie des pionniers qui ont ouvert la voie et crédibilisé ce type d'action, grâce à des résultats probants en termes de modification des comportements ». Le réseau efFORMip est en pleine expansion en 2018. (62)

« L'inclusion dans le protocole efFORMip est destinée à une catégorie de patients bien définie: porteurs de pathologies chroniques (ALD ou autres), avec des limitations fonctionnelles minimales à modérées ou sans limitation fonctionnelle (au sens de l'annexe 3 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017), les patients éloignés de toute activité physique avec un besoin d'accompagnement et de soutien motivationnel ».(62) Les formations constituent la base de l'action d'efFORMip. Elles permettent de développer le réseau d'intervenants pour la prescription d'Activités Physiques et Sportives (médecins) et la prise en charge dans les clubs (encadrants sportifs).

### VI.5.2.B Le dispositif Bougez sur Ordonnance® en Occitanie

Bougez sur ordonnance® est un dispositif de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) Occitanie mis en place en 2014. C'est un dispositif « clef en main » facilitant la prescription d'activité physique, en prenant en compte les freins ciblés dans la littérature, concernant les médecins et les patients et les programmes nationaux. C'est un véritable parcours de soins centré sur la personne et l'activité physique qui s'inscrit, dans une démarche sécurité qualité. Il est intégré au Label des « Villes Vivez Bougez ». Les bénéficiaires d'une prise en charge APA par le dispositif sont des patients atteints de maladie chronique et également des patients ayant un comportement sédentaire et ou inactif à risque. (Figure 6) Le dispositif est défini via un parcours de santé (figure 7, 8,9) et des outils. (Figure 10) Les outils du dispositif sont présentés en Annexe 3 à 10.

**Les Objectifs** de santé du dispositif sont :

- Améliorer la condition physique (forme physique)
- Accompagner le sujet vers une activité physique régulière en sécurité
- Accompagner le sujet vers une réduction des comportements sédentaires
- Améliorer la qualité de vie
- Créer du lien social
- Secondairement : motiver les patients à continuer une activité encadrée
- Permettre une pratique en autonomie

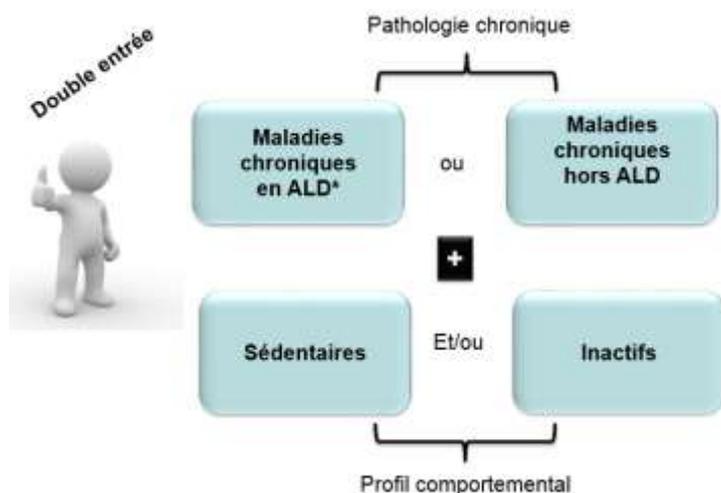


Figure 6 : bénéficiaires BSO présentation DRJSCS

\* ALD au sens du décret no 2016-1990 du 30 décembre 2016



Figure 7 : Parcours de santé présentation BSO

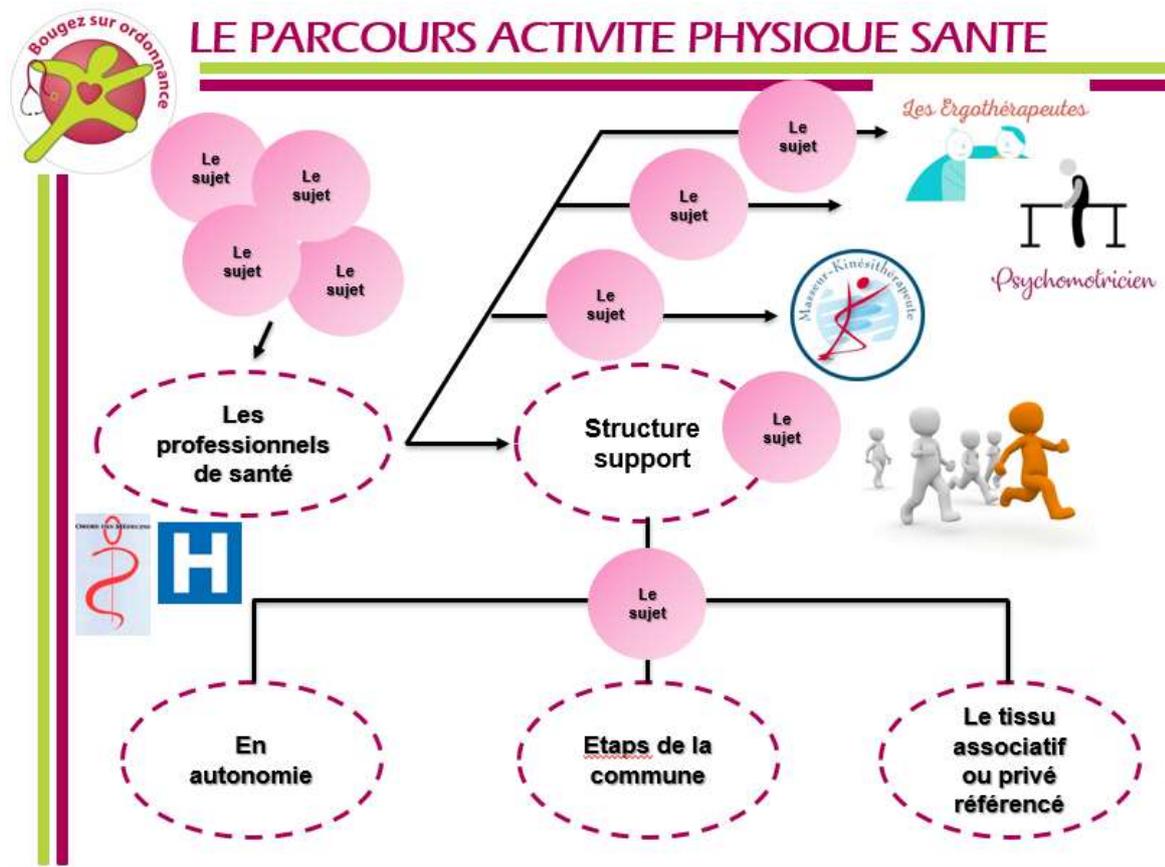


Figure 8 : Parcours activité physique santé, présentation BSO 2020



Figure 9 : Parcours activité physique santé, présentation BSO 2019

### Les Modalités de suivi

A la fin du cycle de réhabilitation, le dispositif s'engage à orienter le bénéficiaire vers des clubs partenaires formés, à l'accueil des personnes malades chroniques. A transmettre un bilan complet de l'accompagnement au médecin prescripteur, à la sortie du dispositif du bénéficiaire A suivre le bénéficiaire durant les 6 mois suivant sa sortie du dispositif.

### Les intervenants :

Les enseignants en activité physique adaptée sont choisis au regard des compétences indiquée en annexe 1 du décret du 30 décembre 2016.(7).



## LES OUTILS A DISPOSITION

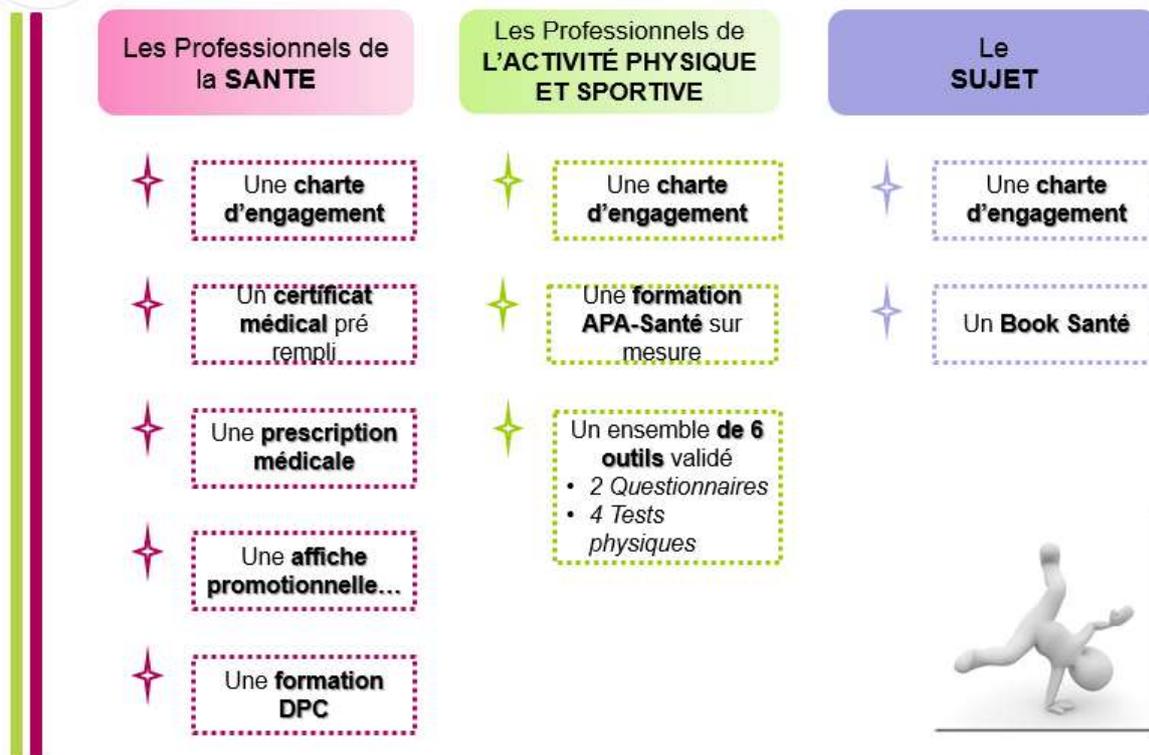


Figure 10 : Outils, présentation BSO 2019

### Implantation BSO

#### Actifs

- Bagnols sur Cèze (30)
- Carcassonne (11)
- Céret (66)
- Le Crès (34)
- Le Vigan (30)
- Montauban (82)
- Narbonne (11)
- Nîmes (30)
- Perpignan (66)
- Rochefort du Gard (30)
- Saint Jean de Védas (34)
- Sauve (30)
- Saint Paul de Fenouillet (66)
- Sète (34)
- Vauvert (30)

#### A venir

- Balaruc Les Bains (34)
- Revel (31)
- Toulouse (31)

#### Futurs

- Alès (30)
- Bessèges (30)
- Canet en Roussillon (66)
- Saint Ambroix (30)

- Villes VVB ou en cours
- MSP
- Centres de santé
- Plateformes sport santé municipales

Figure 11 : Villes partenaires BSO 2019

Les villes de Nîmes et Sète sont deux des villes où le dispositif est le mieux implanté. Les entretiens de l'étude ont, de ce fait, été réalisés en majorité dans ces deux pôles. (Cf. matériel et méthode)

A Nîmes, pour formaliser la mise en place du dispositif concrète sur le terrain, la DRJSCS s'est appuyée sur l'association Nîmes sport santé qui propose les activités physiques. (Figure 12)

Quelques repères sur la ville de Nîmes.

En 2016/2017 : expérimentation du dispositif sur deux quartiers, à forte problématique démographique, de la ville de Nîmes (Pissevin / Valdegour).

En 2017/2018 : déploiement du dispositif sur toute la ville de Nîmes.

En 2018/2019 : consolidation du dispositif, augmentation de la capacité d'accueil et approche plus globale des besoins des personnes. La capacité d'accueil a été fixée à 100 patients pour l'année 2019.

#### Programme de réhabilitation de 8 semaines : Offre de pratique



**Marche nordique**  
(Complexe Marcel Rouvière)



**Atelier équilibre**  
Complexe sportif Jean Bouin



**Atelier Remise en forme**  
Domaine de la Bastide



**Ateliers Séniors (gym int/ext)**  
(Marcel Rouvière/Jean Bouin)



**Aquagym**  
Piscine Pablo Neruda

#### Nouveautés cette année

Des clubs partenaires chartés BSO



Des ateliers collectifs d'éducation à la santé :

- La santé par l'activité physique
- Une alimentation équilibrée



Figure 12 : Exemples d'activités proposées par Nîmes sport Santé.

## VII. L'APA sur ordonnance en médecine générale

### VII.1 L'objectif du médecin généraliste

Le médecin a pour rôle d'expliquer au patient ce qu'est l'activité physique adaptée et ses effets bénéfiques, de le rassurer sur ses capacités à pratiquer, de rechercher d'éventuelles limitations d'exercice, avant d'adresser les patients à des professionnels formés. Il doit s'assurer de la motivation de son patient, au cours de consultation spécifique en entretien motivationnel.

### VII.2 Etudes des barrières et limites de l'activité physique adaptée en France

Depuis l'avènement du « sport santé sur ordonnance », plusieurs études et travaux de thèse ont été réalisés, dans le but de déterminer les freins et les limites de cette prescription. La HAS a identifié des freins organisationnels, économiques, socioculturels et symboliques. Ainsi il semble que « le mode de financement soit peu incitatif à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. L'information des médecins n'est pas optimale. Il existe un manque d'adhésion des médecins sur les recommandations en matière de thérapeutiques non médicamenteuses. Les inégalités socio-économiques de la population, ont un important impact sur le suivi des thérapeutiques médicamenteuses. » (3)

En Occitanie, dans le travail de thèse de Chebra, en 2016, « Les médecins ont exprimé principalement leurs besoins en structures adaptées et en réseau d'activité physique, ainsi que le besoin en formation médicale, car ils déclarent rencontrer des difficultés à la prescription, par manque de connaissances, en matière d'activités physiques adaptées et concernant les modalités de prescription et de suivi. »(8) En 2017, Gaume a étudié les déterminants de la prescription écrite en activité physique. « Les principaux freins étaient le manque de temps, l'absence de rémunération spécifique et l'absence de consultation dédiée. Ils évoquent également le manque de formation. Les médecins craignaient un manque d'observance de leur patient, par manque de motivation, et estimaient en dehors de leur rôle de s'impliquer davantage dans cette prescription. »(63) Ces résultats étaient en concordance avec l'étude de Reinert-Giraud.(64) Un des résultats principaux de l'étude, était le besoin des médecins à un encadrement précis de la prescription écrite d'AP et la facilitation du recours des médecins aux professionnels du sport.

Dans une étude descriptive qualitative et prospective, Rucar a interrogé des médecins généralistes ayant réalisé une formation à la prescription d'activité physique adaptée en ligne, via la plateforme massive open online course (MOOC), de l'institut de recherche et du bien-être de la médecine et du sport santé (IRBMS) ou en présentiel, via FMC-action, par questionnaire électronique. Ces médecins prescrivaient, via le « réseau sport sur ordonnance », dans plusieurs villes françaises. Il a montré, « que les médecins étaient convaincus de l'intérêt des formations en APA. L'étude a soulevé d'autres freins, comme le manque de reconnaissance de consultation et cotation spécifique, le manque d'un financement approprié, le manque de structure d'accueil et le manque d'information sur les réseaux d'activité physique adaptée existants. »(11) « Il a donc été démontré que la problématique réside surtout dans la déficience en prescription médicale d'activité physique adaptée, par manque de solution apportée aux médecins ».(11) Les tableaux 4 et 5 récapitulent les freins et besoins à la prescription d'activité physique retrouvés dans la littérature.

*Tableau 4 : résumé de littérature des freins établis à la prescription d'activité physique*

Manque de temps	Reinert-Giraud,2014, Anis,2015
Entretien motivationnel	Reinert-Giraud,2014                      Chebra,2016 Gaume,2017
Outils de prescription	Chebra,2016      Gaume,2017
Manque de formation	Anis,2015      Chebra,2016      Gaume,2017
Manque de motivation des patients	Anis,2015
Inobservance prévisible	Anis,2015

*Tableau 5 : résumé de littérature des besoins identifiés des médecins généralistes pour la prescription d'APA.*

Information sur les structures adaptée existantes	Chebra,2016      Gaume,2017      Rucar,2018
Formation	Chebra,2016      Gaume,2017      Rucar,2018
Consultation dédiée à l'activité physique	Chebra,2016      Gaume 2017      Rucar 2018

Au vu de la littérature, il semble donc que, sur le terrain, la prescription d'AP reste difficile par la présence de nombreux freins. En Occitanie, et plus précisément au sein de l'ancienne région Languedoc Roussillon, la réalisation d'une étude directement auprès des médecins généralistes prescripteurs d'AP a semblé intéressante pour compléter les retours des études précédentes et comprendre ces difficultés de prescription. Cette étude qualitative, a finalement permis d'analyser les déterminants à l'évolution de la prescription en activité physique par les médecins généralistes d'Occitanie, à la suite de la création du dispositif d'APA BSO.

# ETUDE PERSONNELLE

## OBJECTIF

L'objectif de l'étude était d'analyser les déterminants d'évolution de la prescription d'activité physique par les médecins généralistes en Occitanie, à la suite de la mise en place du dispositif d'activité physique adaptée, Bougez sur ordonnance®.

## MATERIELS ET METHODES

### I. Décider une méthode analytique de recherche

Dans toute recherche scientifique, il est nécessaire d'établir un thème, puis une question de recherche, avant de choisir la méthodologie. La pertinence de la question de recherche et le choix de la méthode vont conditionner la validité scientifique de l'étude. Le recueil et l'analyse des données, doit être rigoureux et permettra d'extraire les éléments essentiels pour construire une réponse pertinente et la plus précise possible à la question de recherche.

**La recherche quantitative** est toujours la plus couramment utilisée, et apparaît encore comme le gold standard de la recherche scientifique. « C'est une méthode de recherche standardisée, fondée sur des outils d'analyse statistique permettant de mesurer, quantifier et d'analyser des données chiffrées. Cependant, elle ne permet pas de répondre à la totalité des questions soulevées par la complexité de la pratique quotidienne en soins primaires. » Le mode de recueil de données est le plus souvent limité à un questionnaire quantitatif, dont les réponses sont binaires. Cette méthode laisse peu de liberté d'expression aux acteurs.

**La recherche qualitative**, « se développe depuis les années 80. La méthode de collecte des données se fait par l'entretien et l'observation participante. L'analyse qualitative a longtemps été considérée comme moins scientifique mais, ces dernières années, cette méthode est de plus en plus utilisée, notamment en médecine générale. Elle constitue une véritable démarche de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, des expériences de chacun des sujets participants à la recherche ».(65)

*« Son résultat n'est, dans son essence, ni une proportion ni une quantité, c'est une qualité, une conceptualisation de l'objet ».*(65) *« L'analyse qualitative est une activité de l'esprit humain tentant de faire du sens face à un monde qu'il souhaite comprendre et interpréter voire transformer. Cette activité fait appel à des processus qui sont ceux de la pensée qualitative de l'être humain ordinaire, pensant avec intelligence le monde autour de lui ».*(65)

En tant que médecin généraliste, les premiers remplacements m'ont apporté une nouvelle vision de la médecine, un nouveau contact avec autrui, bien loin des interactions de l'hôpital. « La recherche en sciences humaines et sociales est toujours une aventure ». (65)

Nous avons donc choisi une méthode qualitative de terrain, car notre recherche implique le contact personnel avec la population d'étude, par le biais d'entretiens et par l'observation des pratiques. *« Le but de cette méthode est d'extraire un sens et non de créer des pourcentages, par le simple outil de la parole, dans une logique de proximité ».*(65) La liberté d'expression des acteurs est totale, et permet donc à chacun d'argumenter sur la problématique de la question de recherche. L'étude qualitative a l'avantage d'être innovante et en plein essor en ce moment. L'analyse qualitative permet de mieux comprendre ou d'expliquer un phénomène par l'émergence de solutions par les mots de chacun, via des questions ouvertes, en entretien individuel ou collectif. Le dialogue fait référence au vécu et aux expériences de chacun et s'intéresse aux relations humaines. Le raisonnement est inductif. Il se base sur des hypothèses peu explicatives et permet de créer des problématiques qui deviendront les hypothèses d'études quantitatives futures. *« L'enquête qualitative est une étude de l'être humain par l'homme dans son environnement, qui oblige le chercheur à rencontrer sur le terrain les acteurs de l'étude. En ce sens, elle se rapproche de l'anthropo-sociologie. Anthropologie du grec anthropôs l'homme et logie du grec logos la parole, la science de l'homme et la sociologie qui est l'étude des phénomènes sociaux dans leur globalité ».*(65)

### **Méthodologie de l'étude :**

Il s'agit donc d'une étude qualitative qui s'intéresse aux déterminants de l'évolution de la prescription d'activité physique des médecins généralistes, à la suite de la mise en place d'un dispositif en activité physique adaptée, des médecins généralistes en Occitanie. L'étude a porté sur le dispositif « Bougez sur ordonnance® » créé par la Direction régionale de la jeunesse et

de la cohésion sociale d'Occitanie. La méthode de recueil utilisée est le focus groupe. C'est une réunion entre professionnels de santé, ayant signé la charte d'engagement de prescripteurs d'APA, via le dispositif. Les entretiens sont animés par le modérateur qui va, selon son guide d'entretien, poser des questions ouvertes. Cela va créer un débat d'idées intéressant, qui sera enregistré et analysé par la suite. Par soucis logistique, des entretiens individuels ont également été menés.

Question de recherche : Quel est l'impact de la mise en place du dispositif d'APA, Bougez sur ordonnance® sur la prescription d'activité physique adaptée des médecins généralistes en Occitanie ?

Objectif principal : Analyser les déterminants d'évolution de la prescription d'activité physique par les médecins généralistes en Occitanie à la suite de la mise en place du dispositif d'APA Bougez sur ordonnance®.

La méthode analytique de cette étude a été approuvée, via la validation de la fiche projet de thèse (cf. Annexe).

## II. Le recueil de données

### II.1 Construction de l'échantillon : Le groupe focus

#### **Le modérateur : *De Larquier Dorian***

*Rôle* : animer le débat, distribuer du temps de parole de manière équitable, analyser les thèmes évoqués, faire préciser une pensée si nécessaire, reformuler, réorienter le débat quand on sort du thème général, veiller au temps de parole.

#### **L'observateur : *Coste Olivier***

*Rôle* : Il ne doit pas participer aux discussions pendant le débat, ni donner son avis. En fin de séance, il peut intervenir et faire préciser des éléments, faire des remarques pertinentes, synthétiser et résumer le débat.

### **Les interviewés :**

La population étudiée était constituée de médecins généralistes prescrivant ou ayant déjà prescrit de l'APA, via le dispositif BSO. Un groupe focus a été réalisé en zone rurale et un autre en zone urbaine. Les entretiens individuels ont été réalisés en zone urbaine.

### **Mode de recrutement.**

Les médecins ont tout d'abord été informés par de nombreux courriels puis par appels téléphoniques, par manque de réponses positives. Le premier groupe focus a eu lieu à la mairie de Sète. Trois participants.

Le deuxième groupe focus a eu lieu à la maison de santé de Sauve. Deux participants. Un troisième groupe focus devait avoir lieu sur la ville de Nîmes, mais devant des difficultés organisationnelles, il a été décidé de réaliser des entretiens individuels. Quatre entretiens ont été réalisés. Il a été très difficile de trouver des médecins qui acceptent de participer aux entretiens.

## **II.2 Le guide d'entretien (Cf. annexe2)**

Afin de répondre à notre objectif, nous avons élaboré un guide d'entretien. Il contient une présentation du projet de thèse et du déroulement de la table ronde, l'information sur le caractère anonyme du recueil des données par attribution à chaque participant du groupe focus, d'une lettre et d'un chiffre qui devaient être annoncés, avant chaque prise de parole, pour faciliter le recueil des informations. « M » pour médecin et un chiffre (1, 2, 3, 4). Un ensemble de questions ouvertes, avec une hiérarchie logique, permettait de créer une dynamique de groupe et un débat d'idées intéressant et exploitable.

La première question était une « question brise-glace » afin de mettre en confiance les interviewés et introduire le programme « Bougez sur ordonnance® ». Les questions 2 et 3 allaient servir à faire parler les médecins sur le thème de l'activité physique adaptée et de relier ce thème à leur pratique médicale. La question 4 permettait d'aborder précisément le thème des besoins et attentes des médecins concernant le dispositif BSO. La question 5 correspondait à l'objectif principal de l'étude. La question 6 donnait aux participants le choix de s'exprimer librement sur le sujet.

La clarté du guide d'entretien et les réponses générées ont été testées auprès d'un confrère remplaçant en médecine générale. Le guide d'entretien a été élaboré par les investigateurs, après consultation de la littérature.

### **II.3 Méthode d'analyse.**

Les verbatims (cf. annexe imprimé) ont été élaborés par retranscription de l'enregistrement des entretiens, via le logiciel Word. Il a été réalisé une analyse thématique adaptée à notre objectif, selon une méthode inspirée des travaux de P. Paillé et A. Mucchielli.(65) Les unités de sens ont été isolées des verbatims puis regroupées, selon leur signification en thème, puis en sous thème et rassemblées en arbre thématique. L'analyse a été faite simultanément au recueil des données. Les entretiens ont été stoppés après que la saturation des données a été obtenue. Les arbres thématiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Xmind8.

## RESULTATS DE L'ETUDE

### I. Caractéristique de la population étudiée

Neufs médecins ont été interviewés. Le ratio était de sept femmes pour deux hommes.

La moyenne d'âge était de 42,7 ans. (Tableau 5)

Tableau 5 : Caractéristiques de la population d'étude

MEDECIN	SEXE	AGE	LIEU d'EXERCICE
MED1	FEMME	65	Urbain
MED2	FEMME	33	Urbain
MED3	FEMME	35	Urbain
MED4	HOMME	32	Rural
MED5	FEMME	33	Rural
MED6	FEMME	64	Urbain
MED7	HOMME	32	Urbain
MED8	FEMME	31	Urbain
MED9	FEMME	59	Urbain

### II. Arbres thématiques

La figure 13 constitue l'arbre générale et représente l'ensemble des résultats de notre étude.

Chaque axe thématique a ensuite été présenté en arbre individuel, pour une meilleure visibilité.

(Figure 14, 15, 16, 17).

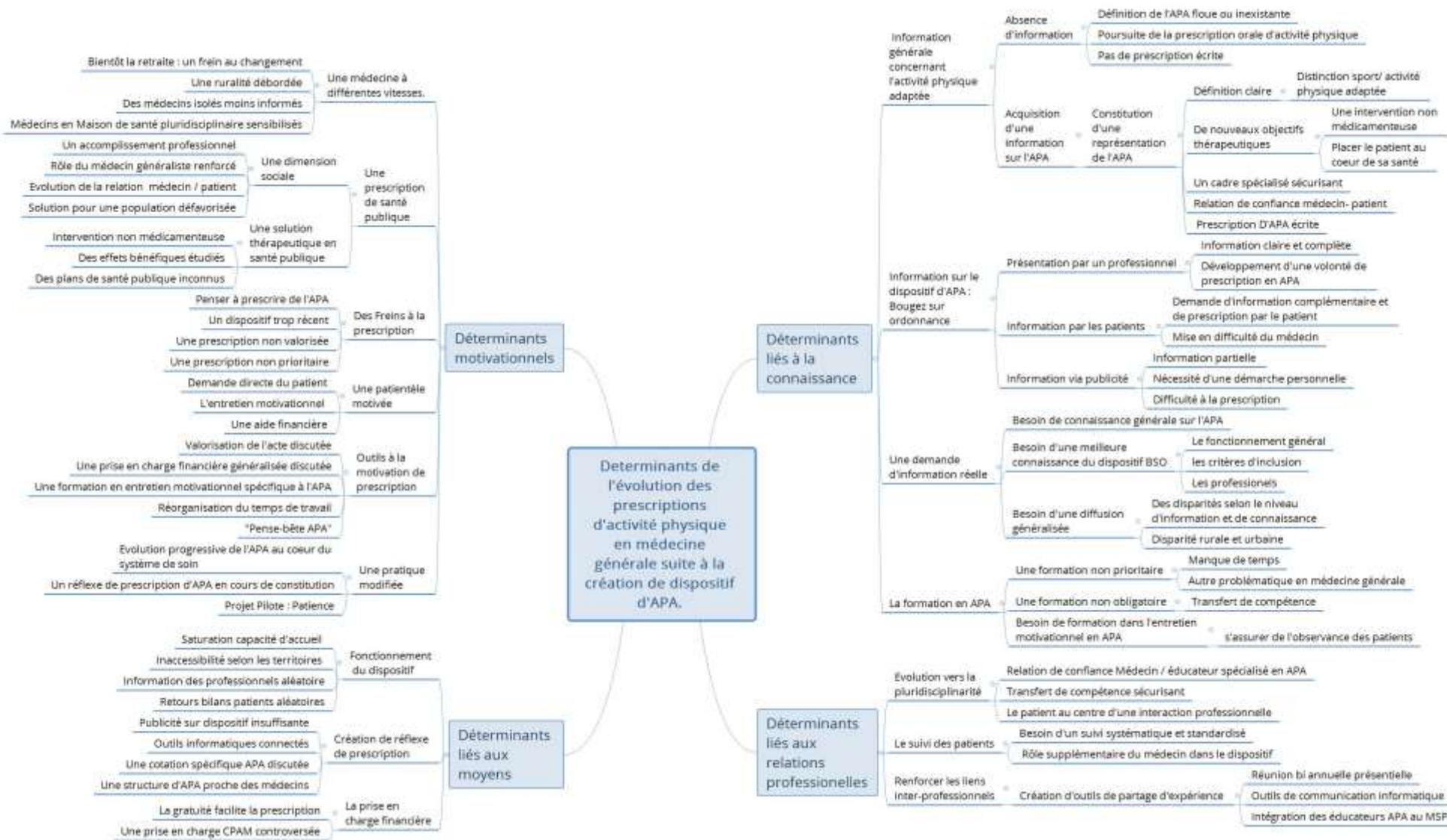


Figure 13 : arbre général : déterminants de l'évolution des prescriptions d'activité physique en Médecine général à la suite de la création de dispositif D'APA.

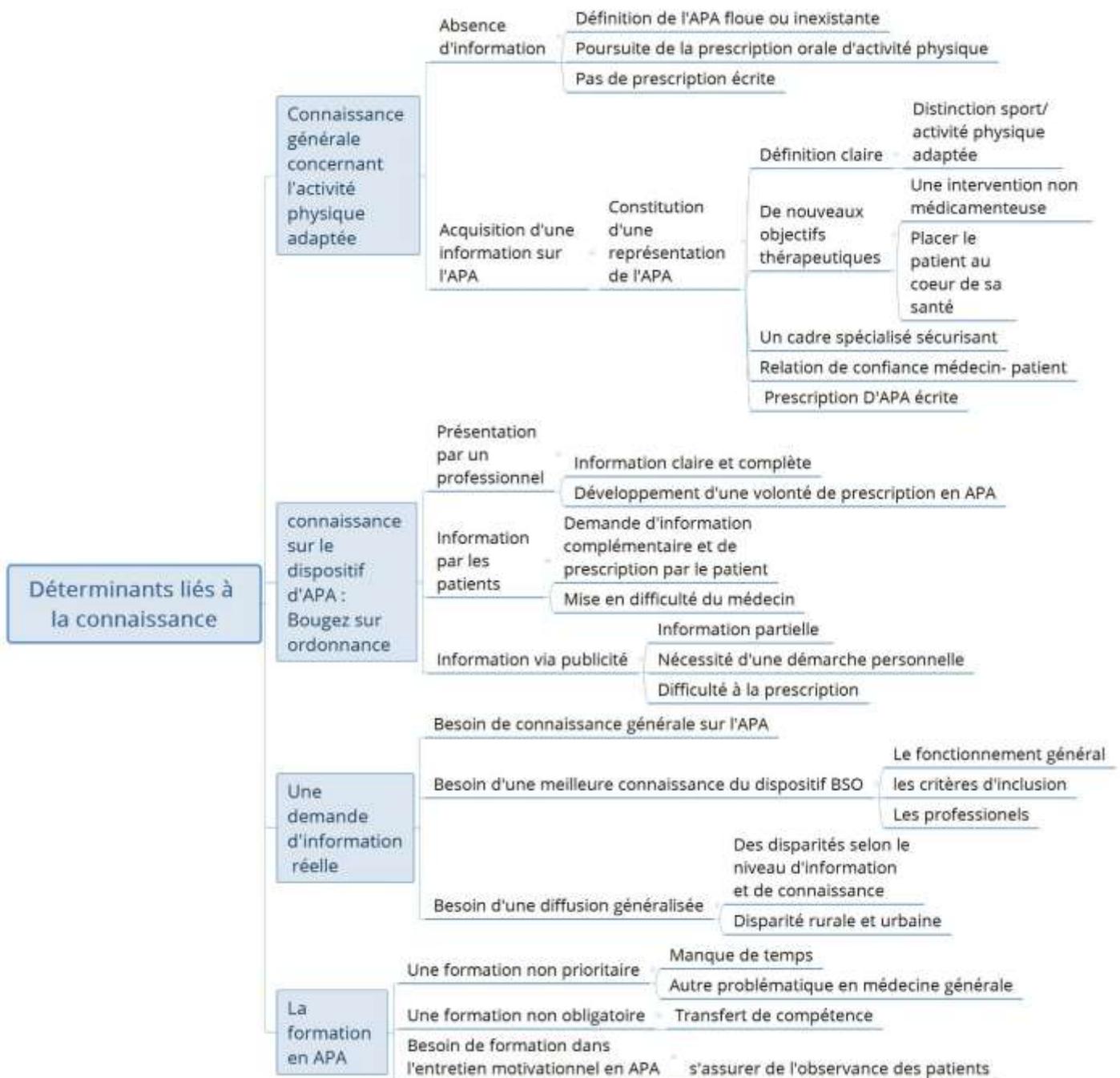


Figure 14 : axe thématique : déterminants liés à la connaissance.

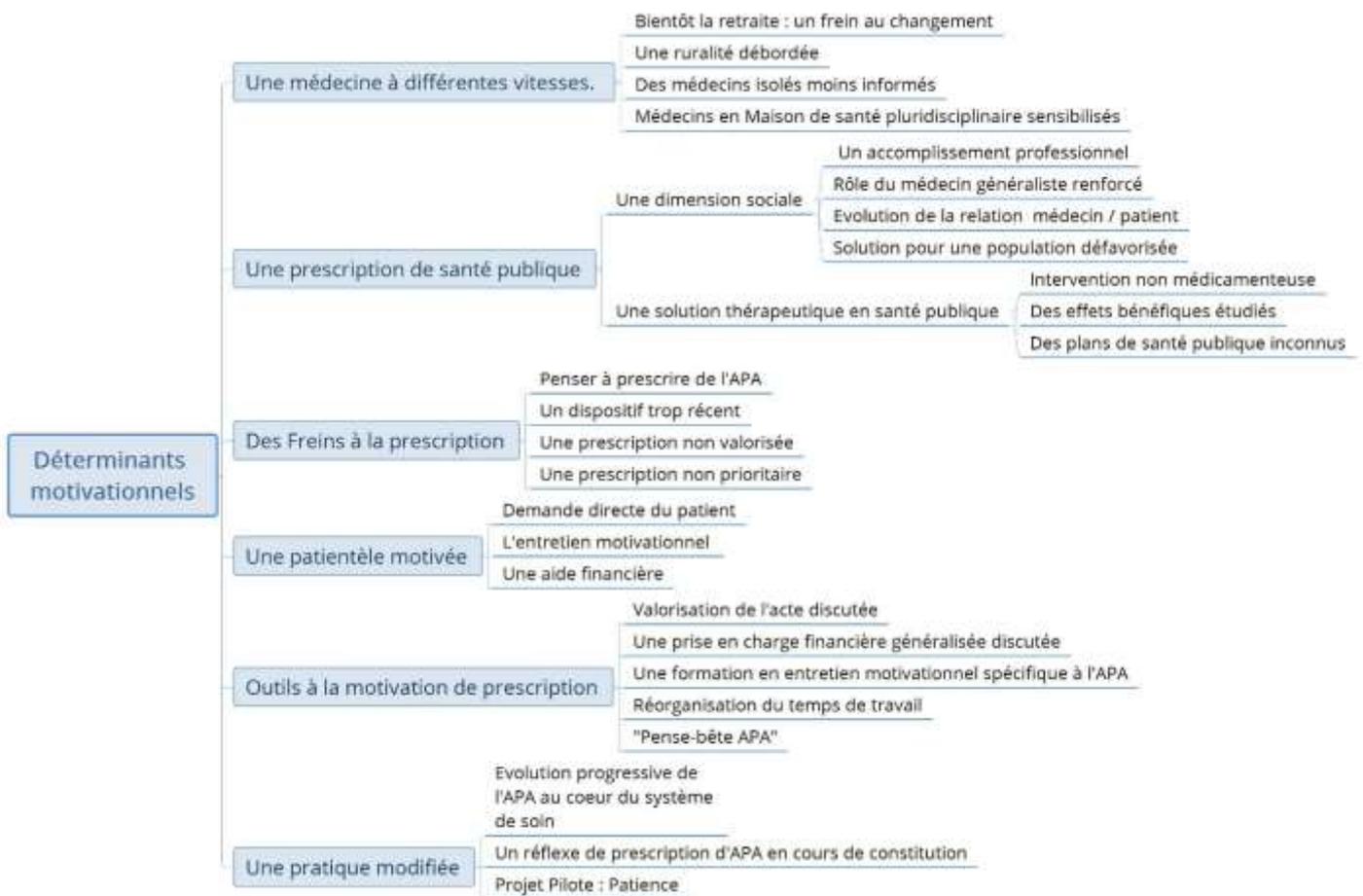


Figure 15 : déterminants motivationnels.

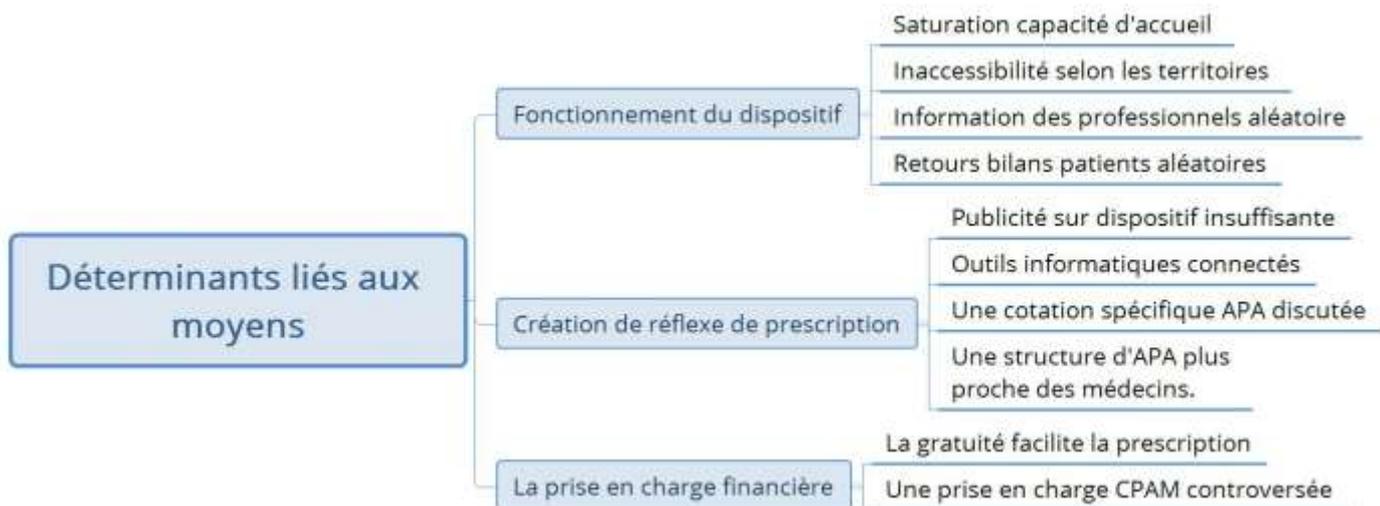


Figure 16 : déterminants liés aux moyens

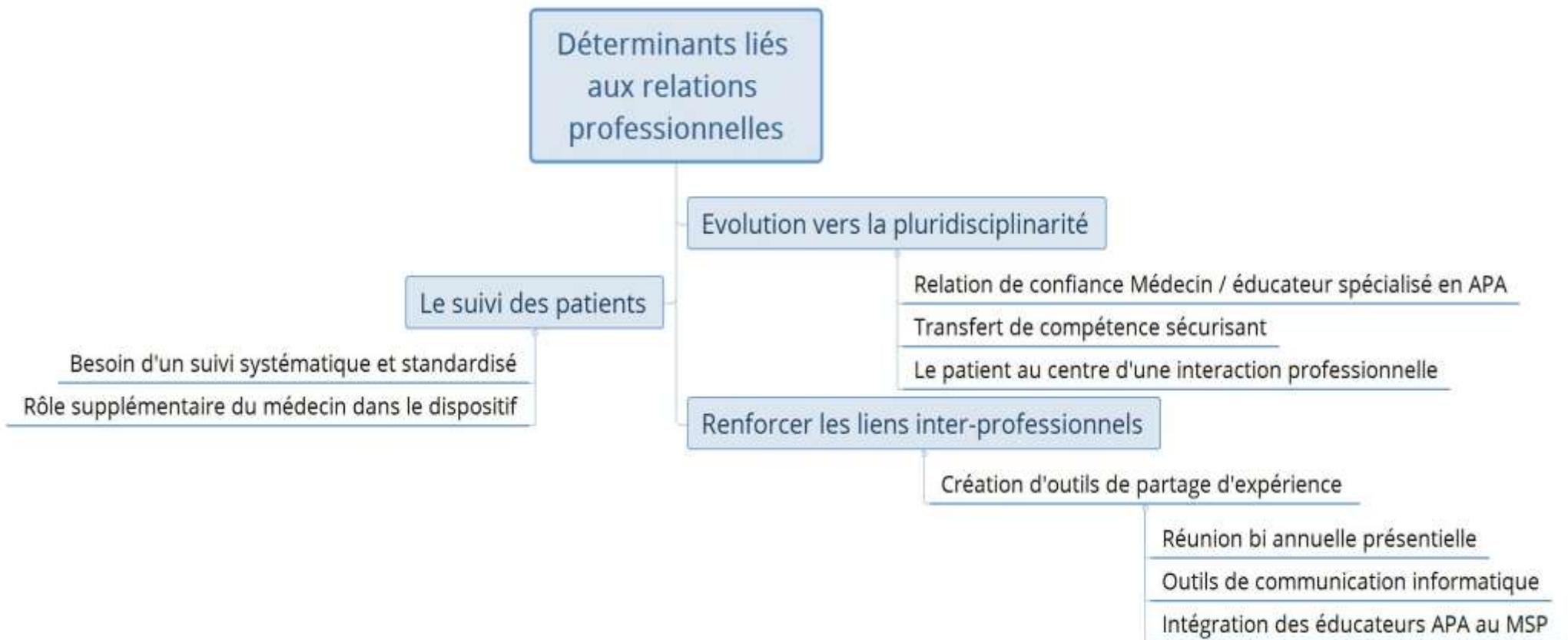


Figure 17 : déterminants liés aux relations professionnelles.

### III. Analyse qualitative

Les arbres thématiques ont été élaborés à partir d'un journal de thématisation, qui permet de regrouper en rubriques, thèmes et sous thèmes, les unités de sens qui sont extraites du verbatim retranscrit.

#### III. 1 Les déterminants liés à la connaissance

Lors des trois premières questions de notre guide d'entretien, les médecins se sont questionnés sur leurs connaissances en activité physique adaptée et sur les dispositifs délivrant de l'APA.

##### 1. Connaissances générales sur l'APA

- *Un manque d'information : méconnaissance de l'activité physique adaptée*

Med4 : « Je vois ça un peu comme une école du sport, les patients rentrent dans un cadre motivant où ils vont vouloir continuer. Après je trouve que parler de sport ou d'activité physique adaptée c'est synonyme ».

Med6 : « J'aurais du mal à bien définir ce terme, pour moi c'est du sport pour les patients ».

Modérateur : « la prescription d'APA est partie d'un décret législatif qui permet justement une reconnaissance de l'APA en santé publique. Pensez-vous que cela ai pu renforcer la prescription d'APA ?

Med 3 : « il n'est pas descendu jusqu'à moi en tout cas. »

Med1 : « c'est quoi le décret ? » (Rire)

Med 2 : « je ne connais pas. »

Med 1 : « moi j'ai eu une lettre de la CPAM qui expliquait un petit peu l'APA, mais ce n'était pas le décret. »

Med8 : « avant je ne savais pas trop. Mais je me suis un peu renseigné depuis. »

- **Un manque d'information : un frein au changement de la prescription d'APA**

Med4 : « de moi-même je ne propose pas car je n'y pense pas. Je leur dis « faites du sport » mais ça s'arrête là ». « Je ne l'ai pas beaucoup prescrit non plus. C'était surtout à la demande des patients. Ça ne venait pas forcément de moi ».

Med5 : « j'en ai entendu parler depuis deux ans à peu près. Je ne me rappelle pas trop l'avoir prescrit, j'oublie tout le temps. »

Med6 : « jusqu'ici ma prescription d'activité physique, c'étaient surtout des conseils oraux en fait ». « Je n'avais pas entendu parler d'activité physique adaptée avant de tomber sur un magazine de la ville qui présentait le dispositif ».

Med7 : « pour moi le vrai frein limitant, c'est la visibilité de ces structures plus que sur le contenu, mais je pense que ma réponse est surtout due à une méconnaissance de ce qui s'y fait. »

Med8 : « on n'a pas eu trop d'informations là-dessus et donc on savait que ça existait mais on savait pas du tout comment orienter nos patients et surtout comment le prescrire. »

Med8 : « en tout cas je n'ai pas eu d'information officielle, ce sont mes patients qui m'ont informé de l'existence de ce programme ».

Med8 : « ça fait trois fois que l'on se pose la question avec mon associé, on aimerait bien prescrire mais on ne sait pas comment faire ».

Med8 : « on n'arrête pas de dire à nos patients qu'il faut bouger, donc si on ne sait pas comment le faire...c'est compliqué. ».

*Les médecins n'ayant pas reçu une information claire sur l'APA et n'ayant pas été sensibilisés correctement sur l'existence du dispositif BSO et de son fonctionnement, ont du mal à modifier leurs prescriptions en activité physique et restent souvent sur de simples conseils oraux, car ils ne savent pas comment prescrire de manière écrite. Il semble également difficile pour certains, de faire une différence entre la notion du sport en général et d'une activité physique adaptée. Il est certain qu'il existe pour le moment un manque d'information flagrant autour de l'APA et du*

*dispositif, cela semble ne pas aller vers un changement de pratique des médecins généralistes concernant la prescription d'APA.*

- ***L'acquisition d'une information en activité physique adaptée : constitution d'une représentation claire en APA***

Med3 : « adapté pour moi ça veut dire, adapté au goût de la personne, donc s'intéresser à ce qui ferait plaisir à la personne et bien sûr adapté en fonction de sa pathologie et à sa capacité d'apprendre au niveau où elle est et voir comment elle peut évoluer ». « Ce n'est pas seulement faire du sport pour faire de l'activité physique, ça a un vrai lien avec leur santé ».

Med7 : « : j'ai eu vent de l'association Nîmes sport santé, car des représentants sont venus au cabinet pour nous en parler eux même. Ils m'ont sensibilisé à l'activité physique adaptée. Le côté « adaptée » de l'activité physique aurait vraiment tout son sens, dans la possibilité de bénéficier d'activité individuelle ». L'APA c'est une aide au changement global. C'est vraiment un discours, un état d'esprit, qui va permettre au patient d'évoluer à son rythme et de retrouver une autonomie ».

Med4 : « pour moi ça consiste à adapter l'activité physique au patient. Avec une prise en compte des difficultés de chacun. Avoir une activité personnalisée ». « On pourrait dire que l'activité physique adaptée serait plus dans le versant thérapeutique avec un objectif d'amélioration de la santé derrière. Alors que le sport c'est plus le versant loisir, récréatif. On va retrouver aussi, bien sûr, du plaisir dans l'activité physique adaptée car un des buts va être de retrouver goût à l'effort ».

Med1 : « pour moi le dispositif, c'est une prescription pour une activité physique adaptée à l'état de santé du patient et encadrée ».

Med6 : « J'ai lu ce magazine et je peux dire maintenant que ce qui est important, c'est que les patients vont rencontrer un professionnel formé, qui va pouvoir faire attention et leur proposer des activités physiques adaptée à eux ».

Med7 : « ça peut poser problèmes pour certains patients, qui vont avoir un rapport avec leur corps assez pudique et donc des difficultés à travailler en collectivité. Donc pour ces patients-

là, le côté « adapté » de l'activité physique aurait vraiment tout son sens dans la possibilité de bénéficier d'activité individuelle ».

Med8 : « moi je définis un dispositif sport santé, par l'application d'une activité physique adaptée, régulière. 2 ou 3 fois par semaine. Encadrée, avec surtout un travail de fond, sur l'endurance, le renforcement musculaire ». « Pour moi c'est une activité physique, qui est adaptée à la pathologie des patients, qui permet de mobiliser les patients, sans les décourager, en leur redonnant confiance en eux et qui a une conséquence positive sur leur état de santé. C'est important car les patients ont tous la flemme. Bouger tout seul, c'est compliqué. L'effet de groupe, c'est un effet entraînant ».

*La réflexion des médecins s'oriente rapidement sur l'importance du mot « adapté » et du sens que cela prend en termes de santé pour les patients, après avoir reçu une information éclairée sur l'APA. Il se constitue alors une meilleure représentation de l'APA, puis les médecins distinguent plus facilement la notion de sport et d'APA.*

- *L'acquisition d'une information en activité physique adaptée : nouveaux objectifs thérapeutiques. Le patient au cœur de sa santé grâce à une intervention non médicamenteuse*

Med5 : « c'est un peu comme une institutionnalisation de l'activité physique, comme une thérapie qui est vraiment organisée pour les patients ».

Med8 : « j'ai parlé avec mes patients d'interaction non médicamenteuse, mais ils ont du mal à intégrer que ça peut avoir une réelle incidence sur leur état de santé, alors qu'on ne leur parle pas de médicament. Alors on leur explique que c'est un facteur protecteur cardio vasculaire. Pour eux quand on a une maladie, il faut traiter. Ce n'est pas encore dans les mœurs, il faut que ça vienne. Mais pour les patients qui sont allés faire de l'APA, via BSO et bien ils voient les résultats. Ils se rendent compte de l'impact positif ».

Med3 : « le fait que ce soit sur ordonnance, ça accentue la valeur de l'intérêt de l'activité physique et son effet sur la santé ». « On donne un signal : « même si vous n'êtes pas en bonne

santé c'est possible pour vous. Avec des étapes, on ne met pas une croix sur l'activité physique. » « C'est donc rouvrir l'impossible, redonner la possibilité à des gens de bouger. »

Med6 : « pour moi, c'est un moyen pour les patients souffrant de maladies chroniques de se soigner par l'activité physique, de traiter leur pathologie ».

Med8 : « j'attends vraiment de pouvoir mieux sensibiliser les patients sur l'impact positif de l'APA sur leur pathologie. Et de les motiver à bouger ! (Rires). Ça fait vraiment parti de la prise en charge de leur pathologie et d'arriver à limiter ou réduire leurs traitements.

*Les médecins informés parlent de l'APA en termes de thérapeutique non médicamenteuse et sont convaincus de son action. La notion d'ordonnance semble importante pour les médecins et donne un vrai poids à leurs discours. Il semble important pour eux de sensibiliser les patients sur leurs propres responsabilités à améliorer leur santé via l'APA.*

- ***L'acquisition d'une information en activité physique adaptée : un cadre sécurisant***

Med3 : « pour moi, c'est un cadre, sécurisant, qui permet au patient, de se sentir soutenu dans la démarche des soins et pas seulement faire du sport pour faire de l'activité physique, cela a un vrai lien avec leur santé. C'est ça qui est intéressant, à la différence d'autres associations qui proposent des activités mais de façon isolée. »

Med5 : « un des mots qui me vient, c'est le mot sécurité, par exemple. Au moins je sais que le patient va être dans un cadre sécurisé pour lui, il ne va pas faire d'effort dangereux pour lui-même. C'est sécurisant pour moi également. »

Med6 : « ce qui est important c'est que les patients vont rencontrer un professionnel formé, qu'il va pouvoir faire attention et leur proposer des activités physiques adaptée à eux. »

Med8 : « ce que je trouve important, c'est que souvent, quand on dit à nos patients de faire de l'activité physique, ils se retrouvent souvent seuls. Ils ne savent pas quoi faire. On essaie de leur expliquer mais c'est un peu compliqué. Là l'avantage, c'est qu'ils ne sont pas tout seul, ils sont quand même en groupe. Ça les motive un peu. Donc ils ne font pas n'importe quoi ».

*Les médecins, après avoir reçu des explications sur l'APA, se sentent plutôt en sécurité. Pour eux et pour leurs patients. Ils sont concernés par les effets négatifs que peut avoir la pratique d'une activité physique si elle est mal réalisée, donc non adaptée. La pratique d'une activité en groupe constitue une ouverture vers la sociabilisation pour leur patient.*

- ***L'acquisition d'une information en activité physique adaptée : une relation de confiance médecin-patient***

Med2 : « le fait d'avoir cet outil, me permet d'envoyer les patients en confiance. Ma propre confiance pour moi et pour mes patients, et mes patients sont également confiant ».

Med8 : « ce n'est pas encore dans les mœurs, il faut que ça vienne. Mais pour les patients qui sont allés faire de l'APA, via BSO, et bien ils voient les résultats. Ils se rendent compte de l'impact positif ».

*Les médecins se sentent donc en confiance après avoir été informés et également après quelques bons résultats. Ils parlent d'APA, d'interactions non médicamenteuses avec leurs patients. Une nouvelle relation se crée entre le médecin et son patient. Il n'est pas question de traitement médicamenteux.*

- ***L'acquisition d'une information en activité physique adaptée : prescription écrite***

Med6 : « jusqu'ici, ma prescription d'activité physique, c'était surtout des conseils oraux en fait. Donc, depuis, j'ai prescrit sur des ordonnances en ALD ».

Med7 : « depuis septembre 2016 : j'ai eu vent de l'association Nîmes sport santé, car des représentants sont venus au cabinet, pour nous en parler eux même ».

Med7 : « en tout cas, le fait qu'il y ait des solutions proposées, m'a fait changer dans ma prescription. Avant, je n'étais que dans une prescription orale et je le suis toujours encore, pour une grande partie pour certain type de patient ».

*Les médecins changent progressivement leur façon d'exercer, concernant l'activité physique. Encore faut-il avoir reçu une bonne information par les acteurs concernés. Certains médecins se*

*mettent à prescrire de l'APA sur ordonnance, cela donne un vrai poids à leurs conseils oraux, les pratiques changent.*

## **2. Connaissances sur le dispositif d'activité physique adaptée : Bougez sur ordonnance®**

- ***Acquisition d'une information sur le dispositif : développement d'une volonté de prescription***

*Med2 : « je leur disais, ça serait pas mal de faire de l'aquagym pour se bouger un peu, sans les contraintes du poids pour les articulations. Mais ensuite, l'activité physique vraiment adaptée est arrivée avec « Bougez sur ordonnance® » et on a tout de suite prescrit.*

*Med3 : « avant, j'étais très dans la prescription orale. Du moment où Mr « C » est venu nous voir, il a apporté des certificats papiers pour prescrire directement dessus ».*

*Med6 : « jusqu'ici, ma prescription d'activité physique, c'était surtout des conseils oraux en fait. Donc, depuis j'ai prescrit sur des ordonnances en ALD ».*

*Med7 : « pour moi, c'est une étude pilote qui a été menée dans le Gard à Nîmes, pour pouvoir offrir un service d'activité physique adaptée avec des personnes qualifiées, centrée sur l'aspect qualitatif de la chose, voir comment on pouvait inscrire cette démarche-là auprès des patients, notamment dans les zones où l'accès à l'AP est assez délicat. Car il y a une problématique sociale derrière, à mon sens. C'est ce que j'en ai compris, quand on m'a présenté le projet ».*

*Med8 : « quand je saurais exactement comment ça marche, j'aurais vraiment tendance à beaucoup plus le proposer. Car ça permet de proposer quelque chose de concret à nos patients, ça vient vraiment soutenir nos conseils oraux ».*

*Med9 : « depuis 3 ans, j'ai rencontré la chef d'endocrinologie du CHU de Nîmes qui m'a parlé de ce dispositif « Bougez sur ordonnance » donc j'ai fait des photocopies des ordonnances prêtes faites et j'envoie le maximum de patientes ».*

*On remarque que le fait d'avoir été introduit au dispositif BSO change beaucoup de choses. Il y a une vraie volonté de prescrire. Les médecins qui voulaient déjà prescrire, savent maintenant*

*où prescrire. Le fonctionnement du dispositif n'est certes pas tout à fait bien compris. Mais cela apporte une solution concrète aux médecins.*

- ***Information apportée par le patient : demande d'information complémentaire du patient.  
Mise en difficulté du médecin ?***

*Med1 : « des patients sont arrivés en me demandant de prescrire de l'activité physique, donc je ne savais pas trop au début, puis quand l'information est arrivée, on a prescrit tout de suite. En fait au début, l'information est venue plutôt par le patient qui avait entendu parler du dispositif ».*

*Med7 : « puis par les patients et surtout patientes, La gente féminine est plus sensible et certaine de mes patientes sont venues même réclamer « prescrivez moi du sport docteur » car les copines en faisaient et donc, ça a fait boule de neige et ça a vraiment marché.*

*Med7 : « elle m'en a parlé elle-même donc, là, ce n'est pas moi qui suis allé la chercher, j'avoue. Elle m'a demandé, si c'était pris en charge dans son cas. Je lui ai donc répondu « ben oui vous êtes diabétique donc bien sûr ». Je lui ai communiqué les coordonnées, elle les a contactés et voilà ».*

*Med8 : « cela doit faire un an, en fait ce n'est pas moi qui l'ai prescrit. (Rires), ce sont mes patients qui venaient et qui m'apportaient les papiers et que je remplissais ». « Si on ne sait pas comment ça marche, c'est compliqué ».*

*Med8 : « je me suis senti tout de même en difficulté dans la prescription ».*

*La plupart des médecins ont été confrontés au cas de figure où leurs patients viennent leur parler d'APA. Pour la plupart des médecins ce n'est pas un problème, au contraire, les médecins sont motivés par la propre motivation de leurs patients. Motivation pour s'informer par eux-mêmes, et pour prescrire l'APA, dans le cas où leurs patients ont avec eux les documents à signer. Certains médecins se sont tout de même sentis en difficulté, face à la demande de leurs patients et regrettent le manque d'information sur le sujet.*

- *Acquisition d'une information via la publicité insuffisante : démarche personnelle difficile*

Med3 : « je dirai plus de publicité générale, c'est-à-dire pas seulement dans les cabinets. Je n'ai que deux patients qui sont venus d'eux même, qui en avaient entendu parler. Car je pense que d'être déjà informé, ça permet de réfléchir et d'arriver au cabinet en ayant déjà des idées et ça peut même être un motif de consultation ».

Med6 : « mais je n'avais pas entendu parler d'activité physique adaptée, avant de tomber sur un magazine de la ville qui présentait le dispositif ».

Med6 : « après, c'est vrai, que de moi-même je n'ai pas cherché à les joindre et à en savoir plus, parce que, bon, on manque toujours de temps. Aussi, je pense que c'est bien si le patient se responsabilise un peu. On en fait déjà beaucoup ! ».

Med8 : « ça fait trois fois que l'on se pose la question avec mon associé, on aimerait bien prescrire, mais on ne sait pas comment faire ».

*Malgré tout, les médecins se sentent mal informés. Ils souhaiteraient plus de publicité sur l'APA et sur le dispositif BSO, sachant qu'il semble difficile pour eux, de se renseigner par eux-mêmes, surtout par manque de temps.*

### **3. La demande d'information en APA est forte**

- Besoin de connaissance générale en activité physique adaptée des médecins généralistes

Med2 : « donc, pourquoi pas recevoir des mails, ou que l'on vienne nous en parler entre deux consultations, comme les labos. »

Med 1 : « oh non mais qu'est-ce que tu dis... non, on reçoit déjà trop de mails. Cependant un rappel, avec un passage physique d'un responsable du dispositif, oui. »

Med3 : « franchement, moi, les labos ; ça fait 30 ans que je ne les reçois plus. Pourquoi ne pas faire des retours, via la CPAM ? ou via des délégués de l'assurance maladie ? »

Med1 : « oui c'est vrai, car, pour le moment, les retours de la CPAM ne sont pas très intéressants. Donc, on pourrait nous faire des retours, sur la prescription d'APA, et, pourquoi pas, inclure cette donnée au ROSP. En tout cas, donner des résultats sur l'APA et les effets sur la population. Sur l'évolution de notre patientèle et la réduction de prise de médicament. »

Med6 : « on pourrait aussi imaginer, que l'information se fasse depuis les CPAM vers les patients qui ont ces pathologies-là et que les patients viennent ensuite voir le médecin avec les documents (flyers, dépliant explicatif, et certifi à signer ».

Med8 : « je me suis senti tout de même en difficulté dans la prescription. Car on m'a demandé de décrire l'activité physique que doit faire notre patient et, j'avoue que je ne suis pas formé à ça et que ce n'était pas très clair. Car en fait, je ne me sens pas apte, formellement, à prescrire de l'activité adaptée. Et surtout, vis-à-vis de la personne qui encadre les patients, qui est beaucoup mieux formée que moi pour ça ».

Med9 : « il est vrai qu'au niveau de l'information autour de ce dispositif, il n'y a pas grand-chose. Si je n'avais pas été à ce séminaire d'endocrinologie au CHU, je n'en aurais jamais entendu parler ».

- **Besoin d'une meilleure connaissance du dispositif Bougez sur ordonnance®**

Med2 : « là où c'était un peu flou, c'est que je savais que j'envoyais les patients à quelqu'un, je savais que cette personne allait les orienter, mais je ne connaissais pas cette personne et je ne savais pas trop bien comment ça allait se passer, j'y allais un peu à l'aveugle ».

Med4 : « : j'aurais besoin que l'on me représente le dispositif. Donc, une vraie présentation, avec les critères exacts des patients qui peuvent prétendre à rentrer dans le programme.

Med8 : « on n'arrête pas de dire à nos patients qu'il faut bouger, donc si on ne sait pas comment le faire...c'est compliqué. Un autre problème, c'est que je ne connais pas les critères d'inclusion ».

Med8 : « alors moi, déjà, j'aimerais bien être mieux informé. J'aimerais bien connaître les critères d'inclusion du programme. J'aimerais savoir où est-ce que on peut récupérer les fiches

de prescription, ou savoir si on peut juste prescrire sur une ordonnance ALD normale. Savoir à qui les adresser, car je ne sais même pas où c'est. Bref, on est au courant de rien ».

Med9 : « c'est vague, très vague ».

Med9 : « ah bon, il y a des critères d'inclusion ? Je ne savais pas ».

- **Besoins d'une diffusion généralisée**

Med4 : « nous, on a de la chance d'avoir cette infirmière et l'association Ma vie qui s'occupe de l'APA ici, pour y penser plus facilement. J'en ai parlé avec d'autres médecins généralistes, dans les villages alentours, qui nous disent qu'ils ne peuvent pas prescrire car il n'y a rien à proximité au niveau des structures. Mais c'est vrai, que c'est peut-être le fait qu'ici ce soit une MSP, du coup y'a plus de choses qui gravitent autour ».

Med4 : « je pense qu'il faudrait centraliser les différents programmes d'APA et que ce soit chapeauté par un seul interlocuteur ».

Med6 : « je n'ai jamais été sollicité. Personne n'est venu me présenter ce dispositif ».

Med6 : « ben déjà je pense qu'il y a matière à améliorer des choses. Si tous les médecins pouvaient disposer des mêmes documentations, des mêmes informations. Ça serait bien ». « Ça permettrait une généralisation de l'APA ».

Med7 : « donc c'est vrai, que l'existence de ce tiers amène un vrai plus, et j'espère que la démarche va se généraliser. Et que l'on pourra avoir plus recours à eux ».

Med9 : « il faut passer par les réseaux et organiser des petites réunions d'information, et de formation, mais en allant à l'essentiel, pour informer un maximum de médecins ».

*Les médecins sont en demande. Ils proposent des solutions pour une meilleure information en APA, notamment en passant par les CPAM. En incluant des données de santé publique. Cela pourrait, de plus, motiver un grand nombre de médecins. Il faut insister sur le rapport humain, le passage physique des différents acteurs en APA. Concernant le dispositif BSO, les médecins ont besoin d'une présentation précise, mais en allant à l'essentiel. Avec une explication du fonctionnement, et des critères d'inclusion. Il semble que certains qui ont bel et bien reçu les informations, ne s'en rappellent pas trop. Il est donc nécessaire de faire des rappels.*

*Une voie intéressante est celle d'une IDE dédiée à l'APA, dans une MSP, qui, chapeaute les inclusions pour les patients et fait des rappels aux médecins, de la structure. Il existe surtout une volonté d'une information commune et standardisée pour tous les médecins pour généraliser, l'APA, via ce dispositif BSO, qui dans l'ensemble amène un « vrai plus » en pratique. Surtout qu'il semble exister de vraies différences entre les zones rurales et urbaines, qui peuvent s'expliquer facilement.*

#### 4. La formation en APA

- **Une formation non prioritaire et/ou non obligatoire**

Med1 : « c'est vrai qu'on est beaucoup sollicité, déjà pour les soirées de formation. Et que le sport sur ordonnance, et bien, ce n'est pas mon thème numéro 1 pour aller aux formations, après le travail, donc je priorise les formations, surtout, là où je sais que je vais apprendre vraiment des choses et mettre à jour mes connaissances ». « Je pense que l'APA, c'est intéressant, c'est enrichissant, mais voilà il faut avoir du temps, et ça ne fait pas partie, je crois, des thèmes de formation principaux des médecins généralistes. »

Med2 : « je suis d'accord, ça reste une idée, la formation sur internet, mais faut avoir du temps, pourquoi pas sur une insomnie (Rire). Je ne sais pas vous, mais quand je rentre chez moi le soir, j'ai aucune envie de me remettre au boulot. Donc, si je pars faire une formation, et bien, je ne quitte pas le boulot en fait. »

Med4 : « j'avoue que je n'ai pas le temps et je ne prendrais pas le temps d'expliquer tout ça lors d'une consultation de médecine générale. Car, un, je ne suis pas médecin du sport, et deux, il n'y a pas de consultation dédiée pour ces prescriptions. Je le fais au cours de la consultation de contrôle, par exemple où je renouvelle les traitements. »

Med4 : « ça nécessiterait des formations. Mais y'en a beaucoup que je veux faire avant, notamment la nutrition. Mais dans l'idée, je serais intéressé par une formation médicale sur la prescription de l'activité physique. »

Med5 : « dans l'absolu, moi aussi j'aimerais bien me former. Mais c'est compliqué à réaliser, surtout à cause du temps qui manque. De plus, j'ai également d'autres priorités de formation. »

Med4 : « j'aimerais pouvoir leur dire, « je vous fais le certificat et vous allez voir telle association pour avoir toutes les explications. Moi j'explique, « grosso modo » que c'est une activité physique, qui sera un peu personnalisée pour eux. Mais voilà, en pratique, je ne prendrais pas un quart d'heure, pour expliquer au patient ce que c'est. »

Med7 : « tout le côté activité physique, ben ce n'est pas mon job. Moi je trouve que se former ça serait intéressant, mais je n'ai pas le cerveau pour et je considère, que j'ai largement de quoi faire, avec apprendre à bien accompagner le patient, avec toutes les pathologies chroniques. »

Med8 : « c'est vrai que ça pourrait être pas mal que je fasse une formation, parce que, au niveau des connaissances, pour le moment, le dispositif ne m'a rien apporté. J'y pense, on a des formations conseil de l'ordre, les jeudis, on pourrait faire une formation sur l'APA, et en profiter pour présenter le projet. »

Med9 : « au niveau de la formation, je ne suis pas sûr d'en avoir besoin, j'ai mes réseaux et si j'ai une question sur la prescription d'activité physique, j'appelle des confrères spécialistes qui me répondent ».

*Les médecins trouvent l'idée de formation en APA intéressante, mais clairement, ce n'est pas leur priorité. Effectivement, ils n'ont pas le temps dans leur pratique quotidienne, pour des formations supplémentaires. De plus, elle ne semble pas obligatoire pour prescrire selon eux. Ils proposent, tout de même, d'incorporer l'APA à leur formation médicale continue présentielle du soir. Il pourrait d'ailleurs y avoir une présentation du dispositif BSO, lors de ces réunions.*

- **Besoin de formation en entretien motivationnel pour préparer à l'APA**

Med2 : « on peut revenir sur les soirées de formations. En faire plus sur ce sujet-là. »

Med3 : « oui et d'avoir par ces formations, plus de connaissances et d'acquérir des messages pour améliorer notre entretien motivationnel. »

Med5 : « je ne me sens pas réellement capable d'encadrer les patients. Il faudrait donc peut-être plus de formations pour les médecins. J'aimerais, peut-être, être, plus dans un rôle éducatif et pas juste délivrer l'APA, mais un peu comme un ETP. »

*Les médecins, insistent en revanche sur les formations en entretien motivationnel, qui semblent, être plus leurs préoccupations, dans leur rôle de médecins généralistes. Motiver les patients pour l'APA.*

## III.2 Les déterminants motivationnels

### 1. Une médecine à différentes vitesses : freins aux changements

- **Des médecins d'âge différents**

Med6 : « mais bon, vous savez, je pars bientôt à la retraite ».

*Parmi notre population d'étude, deux médecins étaient plus proches de la retraite que les autres. Un des médecins était très motivé. L'autre médecin nous a également dit être proche de la retraite et ne pas trop savoir. Il a fallu insister, pour permettre une réflexion sur l'APA, lors de l'entretien. Les médecins plus jeunes étaient, dans l'ensemble, plus concernés par le sujet. Voire très concernés.*

- **Des médecins débordés. Des médecins isolés moins bien informés**

Med4 : « : ben je pense que quand il n'y aura plus de désertification médicale et que l'on sera assez nombreux pour gérer la médecine générale tout venant, alors oui pourquoi pas ».

Med5 : « c'est vrai que les contraintes, actuellement font, que c'est difficilement réalisable. Effectivement, on a besoin de nous en consultation...C'est là qu'on est le plus rentable ».

Med8 : « j'avoue, je ne me suis pas renseigné de moi-même, parce que je n'ai pas pris le temps. Mais, si déjà, on nous envoie un courrier avec le modèle de prescription et bien cela me suffit en fait ».

Med4 : « j'ai rencontré un confrère, qui a entendu parler du dispositif, mais qui ne peut pas le mettre en place, car il n'y a pas les moyens, au sein des associations alentours, pour en faire bénéficier les patients qui étaient demandeurs. « Alors ici ça marche, mais je parle pour un

grand nombre d'autres médecins ». « Si j'étais toute seule isolée, ben je ne saurais pas quoi leur dire. Je ne pourrais pas les diriger, vers telle ou telle association. Donc beaucoup de médecins sont embêtés, par le manque de structure ».

*Il existe une disparité zone rurale, zone urbaine. En effet la désertification médicale semble ne pas être en faveur du développement de la prescription d'APA. Les médecins sont débordés en zone rurale et ont donc moins de temps. De plus, il existe moins de structure délivrant de l'APA, en zone rurale. Il existe, pourtant, une volonté de développement du dispositif en ruralité, mais ce n'est, bien sûr, pas suffisant. Les médecins en zone urbaine, même si débordés également, semblent plus sensibilisés. Notamment, à Nîmes et à Sète, où le dispositif fonctionne le mieux.*

- **Médecins en maison de santé pluridisciplinaire sensibilisés**

Med7 : « car il y a une problématique sociale derrière à mon sens. C'est ce que j'en ai compris quand on m'a présenté le projet. De ce fait, je pense que j'ai été particulièrement sensibilisé, parce que je travaille dans un quartier difficile et que je travaille dans une MSP ».

Med7 : « cela va être un des liens avec notre maison de santé. Cela va être la première thématique pour travailler ensemble, l'activité physique adaptée, notamment avec la gente féminine.

*La dynamique actuelle des maisons de santé pluridisciplinaires, inclue l'APA. Cela semble logique. Effectivement, les regroupements de médecins et kinésithérapeutes facilitent l'échange et la diffusion d'information. De plus, les MSP sont liées aux données de santé publique, vis-à-vis de leurs obligations ROSP et autres.*

## 2. Une prescription de santé publique

- **La dimension sociale de la prescription d'APA en médecine générale**
  - Un accomplissement professionnel

Med2 : « Il est revenu me voir en me disant que c'était génial, donc il a continué. Après, il s'est inscrit dans un club de randonnée. Donc, c'est plutôt un bon retour et comme il a repris une activité physique régulière, il a repris le moral, car il était dépressif, il a perdu du poids, son diabète s'est amélioré, donc au top quoi ! ».

Med3 : « je lui ai fait cette proposition, je l'ai laissé réfléchir, et du coup, le retour, avec sa volonté de participer, ça a été plutôt satisfaisant. J'ai eu un bon retour ».

Med6 : « je trouve que c'est un super complément dans ma pratique ».

Med6 : « : je trouve déjà que cela permet d'avoir un discours auprès des patients, avec plus de sens. C'est-à-dire, que l'on peut aller plus loin, on leur parle de prévention, et puis, on leur propose quelque chose qui existe et qui appuie, l'intérêt de nos conseils.

Med7 : « moi, je trouve que c'est super, et en présentant les choses comme ça, bien-sûr qu'ils ont adhéré. Le côté adapté, ça a tout de suite pris, personne ne m'a dit non ».

Med9 : « je pense à au moins dix prescriptions, qui ont été des vrais succès. Du point de vue du médecin généraliste, on est content de voir que le patient se prend en charge. Pour ma part, c'est ce point-là qui m'intéresse. Je suis contente quand j'ai pu initier réellement, une prise en charge qui ne passe plus par « trop » les médicaments et « trop » par les spécialistes et par « trop » encore de surenchère économique, par exemple en bilans inutiles ».

*Il existe une vraie dimension sociale avec cette prescription d'APA. Les Médecins sont heureux de pouvoir proposer quelque chose de nouveau à leurs patients, une nouvelle solution thérapeutique. Les retours sont plutôt bons. Il s'agit là, d'un véritable accomplissement professionnel pour certains, de pouvoir sortir du tout médical, notamment, et de pouvoir être meilleur en prévention.*

- Rôle renforcé du médecin généraliste

Med3 : « moi, je l'ai vécu comme ça, comme un engagement ».

Med6 : « notre rôle de médecin généraliste en est renforcé. C'est utile d'écouter notre prescription ».

Med7 : « moi je suis là pour faire le lien, entre leur vie, avec leur maladie et les limites qu'ils ont au quotidien, avec des personnes qui peuvent les aider à retrouver de l'autonomie. Car, il s'agit de ça. Bien vivre avec sa maladie, retrouver de l'autonomie. Ce qui se rapproche de la pratique de la médecine générale, c'est ce contrat-là, que l'on essaie de faire avec les patients. Moi je trouve que c'est super, et en présentant les choses comme ça, bien-sûr, qu'ils ont adhéré. Le côté adapté, ça a tout de suite pris, personne ne m'a dit non. »

Med9 : « Je suis contente quand j'ai pu initier réellement une prise en charge, qui ne passe plus par « trop » les spécialistes et par « trop » encore de surenchère économique par exemple en bilans inutiles ».

*Les médecins, qui sont bien rentrés dans le dispositif BSO, et dans cette dynamique de l'APA sont très motivés pour continuer et se sentent renforcés dans leur rôle de médecins généralistes. « Bien vivre avec sa maladie, retrouver de l'autonomie. Ce qui se rapproche de la pratique de la médecine générale, c'est ce contrat là que l'on essaie de faire avec les patients »*

- Evolution de la relation médecin-patient

Med3 : « c'est le retour des patients qui est intéressant, pour nous aussi médecins généralistes ».

Med6 : « les patients comprennent mieux que c'est nécessaire de se bouger. Les patients sont plus adhérents. Ce n'est pas encore dans les mœurs, il faut que ça vienne. Mais pour les patients qui sont allés faire de l'APA, via BSO, et bien, ils voient les résultats. Ils se rendent compte de l'impact positif ».

Med7 : « Ça fait du bien, de ne pas se sentir seul dans son coin en tant que prescripteur et diagnostiqueur libéral, à parler d'AP, d'autonomie et de bien-être, et de ne pas être dans une forme de prescription un petit peu descendante, de paternalisme culpabilisant ».

*Grâce à cet outil, on observe une véritable évolution de la relation médecins-patients. On sort d'un « paternalisme culpabilisant » de la prescription orale. Les médecins en sont plutôt contents.*

- Solution pour une population à forte problématique de santé publique

Med6 : « le fait que l'on puisse proposer quelque chose de nouveau, qui soit, gratuit pour les patients, c'est motivant. Les patients sont motivés, il n'y a pas de freins financiers ».

Med6 : « aussi ça crée une stimulation, ça les sort de chez eux. Ils rencontrent d'autres personnes. Ils peuvent se sentir moins seul et peuvent également échanger, sur leur pathologie. Surtout, ils voient que ce n'est pas ridicule grâce à l'effet de groupe ».

Med7 : « je précise, car ici je suis dans un quartier, avec une forte démographie, avec des personnes originaires du Maghreb, avec une forte problématique de santé publique, de diabète et d'obésité ».

Med7 : « comme ici il y a pas mal de précarité, ils ont un abonnement qui n'est pas très cher, au centre social. Environ 6 euros par mois, pour deux fois 2 heures dans la semaine ».

Med9 : « je suis toujours très motivé par l'expérience régionale. Quand des choses sont faites, je suis motivé ! J'y vais à fond. Je ne vais pas négliger, même la plus petite chose qui puisse être efficace pour mes patients ».

*Les médecins sont très concernés par le côté social de la prescription d'APA. Ils voient leurs patients motivés et heureux de leur insertion, au sein de groupe d'APA. De même, ils sont motivés par le fait de pouvoir proposer une solution gratuite à leurs patients en situation précaire.*

### 3. Une solution thérapeutique en santé publique

- Effet motivant de la thérapeutique non médicamenteuse

Med1 : « ce qui est sympa, c'est que sur le plan physique ils se sentent mieux, moins de douleur en général. Ils sortent de la plainte. « Je suis en meilleure forme », « je suis contente ». Ils se rendent compte, que c'est possible de se remettre au sport et d'être en communauté et tout ça, en sortant du principe « prendre des médicaments ».

Med6 : « cela fait partie intégrante au traitement de leur pathologie ».

Med8 : « j'ai parlé avec mes patients d'interaction non médicamenteuse... mais ils ont du mal à intégrer que ça peut avoir une réelle incidence sur leur état de santé, alors qu'on ne leur parle pas de médicament. Alors, on leur explique que c'est un facteur protecteur cardio vasculaire, mais pour eux, quand on a une maladie, il faut traiter. Ce n'est pas encore dans les mœurs, il faut que ça vienne. Mais pour les patients, qui sont allés faire de l'APA, via BSO, bien, ils voient les résultats. Ils se rendent compte de l'impact positif et c'est motivant pour moi aussi. ».

Med9 : Je suis contente, quand j'ai pu initier réellement une prise en charge, qui ne passe plus par « trop » les médicaments... ».

*Les médecins sont réellement motivés, pour initier une amélioration de la santé de leurs patients, via une interaction non médicamenteuse. Proposer quelque chose de nouveau et de complémentaire, en sortant de la médication chimique.*

- **Efficacité prouvée motivant la prescription d'APA**

Med1 : « je trouve que ça marche vraiment bien dans les pathologies psychiatriques. Parce que du coup, ces patients-là vont renouer avec la dynamique de groupe, avec quelqu'un qui va les coacher sur ce qu'ils peuvent faire. Donc, c'est super ».

Med1 : j'ai une patiente 55 ans, qui ne travaille pas, très petit revenu. Je lui ai proposé de faire de l'APA. Elle a fait le parcours dans le dispositif et elle en est ravie. Je sens, qu'elle est super active depuis. Elle est plus heureuse, elle a perdu du poids et ses problèmes de tension se sont améliorés. Je vois bien que psychologiquement, elle va mieux, elle ne prend plus de traitement.

Med3 : « on fait attention à moi » m'ont rapporté des patients. Notamment, lors d'activité physique particulière qu'elle ne pouvait pas faire et bien, on lui a proposé autre chose. Donc, c'est fantastique. Cela veut dire, que si vous ne pouvez pas faire telle ou telle chose et bien, on ne va pas vous laisser « en rade », on continue à s'occuper de vous, à s'intéresser à vous, à ne pas rompre cette activité puis ce lien. Ce lien social, oui c'est vraiment retrouver une place au milieu d'autres personnes, ça apporte un rythme. Il y a des gens qui sont complètement déstructurés du point de vue de l'espace-temps ».

Med2 : « c'est fait pour moi » me disent certains. Les patients sont contents, de ce côté adapté. Donc, ils ne sont jamais dans l'échec et c'est ça qui est fort, parce que s'il y a échec et bien, les

patients n'y retournent plus. Moi je n'ai aucun de mes patients qui a été en échec. Alors que j'ai des patients, qui ont essayé de faire du sport, de leur côté dans des clubs, quelques années auparavant et ils ont abandonné car c'était trop dur ».

Med7 : « à la fin du programme, elle allait mieux, elle avait vraiment retrouvé de l'autonomie et des habitudes. Elle a ensuite continué une activité en autonomie. Elle a vraiment adhéré. C'était vraiment le cas parfait, où la personne est motivée, elle a envie. Donc, on était vraiment que dans la planification. Les éducateurs ont su mettre en place tout ce qu'il fallait et ça a bien fonctionné.

Med8 : « j'ai eu deux patientes diabétiques, qui ne faisaient pas du tout d'activité physique. Le dispositif, les a bien remobilisés. Surtout, ça les a sortis de leur routine. Il y a eu de vrais résultats, par exemple, une diminution des chiffres de tension artérielle et des chiffres d'Hba1c et cela en 2 mois ».

Med9 : « en trois mois, cette patiente était métamorphosée. Il est vrai, que je donne également, bien sûr, des conseils alimentaires en même temps. Mais, quoiqu'il en soit, il y a eu un changement radical des habitudes de vie, en trois mois seulement ».

*Les médecins sont motivés par les résultats que peut avoir l'APA sur leurs patients. Les médecins ayant prescrit, ont tous des expériences positives à raconter. L'efficacité de l'activité physique adaptée est prouvée, mais aussi vécue par les médecins. Cela motive à prescrire plus selon eux.*

#### 4. Des freins à la prescription

- **Penser à prescrire de l'APA : des mœurs non constituées**

Med1 : « c'est vrai qu'il faudrait en parler systématiquement, le problème, c'est que l'on a énormément de chose à penser, à parler et on n'a pas toujours le temps. Mais faudrait que l'on s'y mette ».

- **Un dispositif trop récent**

Med6 : « cela doit être un point de départ, une amorce, à faire une activité physique pour les patients, mais le réel objectif sera qu'ils s'autonomisent, donc on verra vraiment si ça marche avec un peu plus de recul ».

*Pour les médecins, il est certain qu'il faut laisser le temps au temps. Le dispositif, est encore un peu récent pour émettre de vraies conclusions. Il va falloir plus de temps, pour que les mœurs changent totalement et que la prescription d'APA soit un réflexe. Cependant, c'est un bon début. La création de dispositif comme BSO, est une amorce pour changer les choses.*

- **Une prescription non valorisée**

Med1 : « est-ce qu'une consultation dédiée « Sport sur ordonnance », pourrait voir le jour comme une consultation « Obésité » chez l'enfant, où comme une consultation « Pilule » chez la jeune ? Donc, une consultation pour nous valoriser, car c'est vrai que l'on a tellement de choses auxquelles il faut penser, lors d'une consultation banale, que l'on ne peut pas se permettre de passer 45 min avec nos patients. Voilà, ça c'est de l'entretien, c'est de la psychologie et ce n'est pas valorisé. Donc, ça serait peut-être bien ».

*Pour certains médecins, la prescription d'APA avec tout ce qu'elle comporte, surtout l'entretien motivationnel, prend du temps. Sur le plan financier, en médecine générale, il semble de plus en plus difficile, de prendre le temps pour une même rétribution. En tout cas, ce n'est pas très motivant pour certains.*

- **Une prescription non prioritaire**

Med3 : « j'en parle quand des patients viennent me voir et qu'il n'y a pas cinq motifs... Donc, quand on a un peu plus le temps ».

Med2 : « si c'est moi qui en parle, j'attends d'être sur une consultation où j'ai un peu plus de temps. Par exemple, sur un renouvellement d'ordonnance. Le jour où c'est un peu plus calme, on se permet d'en parler, mais ce n'est pas à chaque consultation, avec chaque patient. C'est

vrai, que si le motif de consultation est en lien avec l'activité physique, donc une lombalgie, par exemple, ou autre problème mécanique, on y pense plus facilement. Mais tout est question de temps ! On est obligé de cibler, on ne peut pas tout faire à chaque fois ».

Med1 : « Après, sinon, on manque de temps ».

*Comme vu précédemment, la prescription d'APA n'est donc pas prioritaire. Tout d'abord par manque de temps. Les patients arrivent en consultation, de plus en plus souvent, avec déjà plusieurs motifs. Il est donc difficile selon les médecins, de penser à tout et de prendre le temps de parler de tout. Le temps, représente donc un des freins principaux, de la prescription d'activité physique adaptée.*

## 5. Une patientèle motivée

- **Une demande d'APA directe des patients**

Med1 : « j'en parle souvent avec les patients, qui viennent d'eux même pour parler de ça ».

Med3 : « car le terme « Bougez sur ordonnance », c'est important quand même comme association et quand les gens sont venus m'en parler, ça les avait marqués. Donc l'échange a été plus productif directement ».

Med3 : « ils venaient plutôt avec des questions comme : « qu'est-ce que cela veut dire bougez sur ordonnance ? » Donc, je leur répondais : « qu'est-ce que c'est pour vous ? » et ils me répondaient : « Ben, vous allez me prescrire du sport ? » Mais, j' imagine que je serai plus accompagné et soutenu ». Ils avaient déjà des attentes en fait ».

Med7 : « puis, par les patients et surtout patientes, la gente féminine est plus sensible et certaines de mes patientes sont venues, même, réclamer : « prescrivez-moi du sport docteur », car les copines en faisaient et donc, ça a fait effet boule de neige et ça a vraiment marché ».

*Les médecins sont aussi motivés, par leurs patients eux-mêmes. Effectivement, beaucoup de demandes d'APA, viennent directement des patients, qui vont voir leur médecin généraliste. Ils*

*en ont entendu parler pour la plupart, à la télévision ou dans des magazines locaux. Quand c'est une demande du patient, il faut répondre aux questionnements et donc s'y intéresser !*

- **L'entretien motivationnel, une nécessité**

Med3 : « surtout au début, je teste le dispositif avec des motivés. Si les patients ne sont pas intéressés, ben c'est plus dur. J'en parle quand même et puis je laisse l'idée mûrir ».

Med1 : « : il faut réussir à motiver les gens. Les personnes qui ont, par exemple, des pathologies psychiatriques, anxiété ou dépression, ou qui se sentent tout simplement dévalorisés, ils ont tous du mal à faire de l'activité physique, car c'est faire la démarche avec sa mauvaise estime de soi. Ça peut vraiment permettre, de refaire un lien avec la société et certains types de patients ».

Med9 : « Mais vous savez, tout le monde le sait, quand on bouge on est en bonne santé. Après, le facteur limitant passe aussi par la motivation des gens. Les gens sont dans une espèce de culpabilité et de mal-être. Le problème, c'est que cette éducation du « bien manger » et de se dépenser s'est réellement perdue. Ça me fait rigoler aussi, parce que je n'ai pas attendu toutes ces années, pour faire ce que j'avais à faire. Il faut motiver ses patients ».

*Grâce à leurs premières expériences de prescription, les médecins concluent à l'importance de l'entretien motivationnel. La motivation des patients, est un déterminant essentiel de la prescription des médecins en APA. Cela constitue, selon eux, une phase indispensable et prioritaire de leur consultation à ce sujet.*

- **Une aide financière indispensable**

Med1 : « le côté financier, c'est vrai que c'est un gros facteur de motivation pour les patients. Car souvent, il est vrai, qu'il s'agit de patients avec une situation socio-économique compliquée. Donc ça, c'est bien ».

Med4 : « si les patients n'ont pas d'avantages financiers, c'est sûr qu'il ne se motivent pas ».

Med6 : « le fait que l'on puisse proposer quelque chose de nouveau, qui soit gratuit pour les patients, c'est motivant. Les patients sont motivés, il n'y a pas de freins financiers ».

*Selon les médecins, le côté financier est encore une fois important. Le fait de proposer quelque chose d'accessible aux patients permet de les motiver.*

## 6. Outils à la motivation de prescription

- **Discussion autour d'une valorisation de l'acte de prescription d'APA**

Med1 : « s'il y avait une cotation, au-delà du côté financier, que ce soit écrit, acté, ça serait pour tous les médecins, donc on y penserait plus. Même ceux qui ne sont pas motivés pour ça au départ, donc oui c'est une source de motivation. Le fait que ce soit valorisé financièrement, mais surtout que ce soit officiel ».

Med3 : « quand on parle de consultation dédiée, on parle, bien sûr, d'une valorisation financière, mais c'est compliqué à mettre en place. En tout cas, on peut toujours faire revenir les patients, pour parler de manière plus spécifique de l'APA ». « Le côté financier, c'est un facteur, on ne peut pas dire le contraire, qui aiderait à généraliser la pratique. Ça permet de faire reconnaître l'activité du médecin. C'est reconnu santé publique ».

Med4 : « je n'ai pas la place, vu nos plannings, pour faire une consultation dédiée pour BSO ».

Med7 : « certains diraient qu'il faudrait peut-être valoriser cet acte, pour encourager les médecins, mais moi je ne me sens pas concerné. Je trouve qu'on a déjà des cotations de consultations complexes, ou, la possibilité de fractionner les consultations.

Med8 : « cela étant, ce qui est bien, c'est qu'au moins ce n'est pas chronophage, il suffit de remplir le certificat. C'est déjà un bon point. Je sais que certains parlaient de consultation dédiée pour prescrire de l'activité physique, mais moi je n'estime pas que cela soit nécessaire. Je prescris de l'APA comme un autre médicament, donc je le cote normalement, comme une consultation normale ».

Med8 : « effectivement, si en faisant des formations, je me rends compte que c'est plus compliqué, et bien, peut-être me faudra-t-il un temps différent. Il faudra se poser de nouveau la question ».

*Certains médecins, seraient donc plus motivés pour prescrire de L'APA, en cas de valorisation de l'acte. En tout cas, Ils voudraient que l'acte soit mieux reconnu médicalement, comme consultation de santé publique, financièrement et également par les patients, comme une consultation particulière, où l'on va parler essentiellement d'APA et non pas du renouvellement d'ordonnance. D'autres médecins ne ressentent pas le besoin d'une valorisation de l'acte. Ils proposent plutôt, une fragmentation des consultations. C'est-à-dire, de revoir les patients plusieurs fois pour parler d'APA.*

- **Discussion autour de la prise en charge financière**

Med4 : « c'est dans une démarche de santé publique, et puis les mutuelles aussi pourraient participer. Là d'accord je me sentirai plus investi ».

Med5 : « il y a d'autres freins, car la prise en charge financière, n'est clairement pas le premier frein pour les patients ».

*Sur un plan motivationnel, les avis sont divergents. Certains médecins, se sentiraient plus investis si l'APA, était totalement prise en charge via la CPAM ou mutuelle. D'autres, considèrent que les patients peuvent prendre en charge une partie des frais, car de toute manière ce n'est pas le frein principal chez les patients. Mais, tous pensent, que l'aide partielle des collectivités est une bonne chose pour motiver les patients, donc, pour faire évoluer les prescriptions.*

- **Formation en entretien motivationnel spécifique**

Med1 : « pourquoi pas dans le cadre d'une formation médicale continue. Il y a des FMC locales, qui se réunissent une fois par mois et qui proposent des thèmes une fois par an. Cela serait peut-être l'occasion d'y inclure le thème de l'APA, car les médecins sont généralement assez fidèles aux soirées de formations locales ». « On pourrait être mieux formé sur l'APA, mais aussi sur l'entretien motivationnel. On sait qu'il y a des formations longues, des DU, mais bon ça prend du temps et je pense qu'il faudrait privilégier les formations du soir ».

Med3 : « on pourrait intégrer l'APA aux formations DPC, donc rémunérée. »

Med7 : « ma pratique, c'est de travailler sur les freins au changement, sur l'entretien motivationnel, pour accompagner le patient dans l'acceptation de la maladie, leur ré-autonomisation, leur conceptualisation des choses. L'activité physique, c'est un des champs d'action, et j'aime savoir que les personnes sont entre les mains de professionnels compétents. Mais si par ailleurs, il n'y a pas d'ancrage dans l'entretien de l'activité physique chez les patients, c'est-à-dire, d'ancrage conceptuel de planification, ben ça ne se passe pas. Donc, moi c'est ce que je fais, une planification théorique, ou émotionnelle, ou organisationnelle avec le patient au quotidien.

*Comme outils à la motivation de prescription, les médecins ressentent le besoin de se former. Comme on l'a vu, pas forcément à la prescription de l'APA, mais bien, à l'entretien motivationnel. La pratique principale pour les médecins, étant de travailler sur les freins au changement des patients, il faut donc les motiver. Il faut insister sur les formations courtes présentielles. Les médecins, ne sont pas très motivés par les DU, ou autres formations longues, et proposent plutôt, d'intégrer l'APA à leurs FMC du soir.*

- **Organisation du temps de travail**

Med5 : « j'insiste sur le fait, que dans l'idéal, j'aimerais pouvoir avoir un temps de consultation différent, pour un soin différent ».

Med8 : « effectivement, si en faisant des formations, je me rends compte que c'est plus compliqué, et bien, peut-être me faudra-t-il, un temps de consultation différent. Il faudra se poser de nouveau la question ».

*Certains médecins, seraient motivés pour réorganiser leur temps de travail, si l'acte de prescription était mieux reconnu, en ayant des plages horaires spécifiques APA, par exemple. D'autres, ne pensent pas en avoir besoin, mais laissent la porte ouverte.*

- **Constitution de « Pense-bête » APA**

Med2 : « c'est vrai qu'une affiche, ça serait pas mal en fait, pour y penser simplement ».

Med4 : « via des flyers peut-être, avec les résultats des études de l'AP sur telle ou telle maladie, et des messages percutants. « On se sentirait plus à l'aise, sûr ce que l'on doit dire aux patients ».

Med7 : « moi, ça m'a aidé quand j'ai reçu les petits certificats avec la prescription et tout ce qui était marqué sur la feuille A4 de Bougez sur ordonnance, d'ailleurs, j'en ai encore sur mon bureau, le certificat de non-contre-indication à l'activité physique et puis en bas, une case « indications » à préciser pour l'éducateur spécialisé, qui va recevoir le patient. Donc, oui ça m'a aidé à débiter le changement ».

*Pour se motiver à la prescription d'APA, les médecins sont tous d'accords, il faut tout d'abord y penser ! Donc, il serait bon d'insister sur les outils « pense bête » surtout visuels, ainsi, que d'avoir des certificats de prescription toujours à portée de main.*

## 7. Une pratique modifiée

- **Evolution progressive de l'APA au cœur du système de soins**

Med3 : « je me suis senti motivé, pour tenter l'expérience ».

Med6 : « surtout, cela donne un outil de plus à proposer aux patients ».

Med7 : « ça fait du bien, de ne pas se sentir seul dans son coin, en tant que prescripteur et diagnostiqueur libéral, à parler d'AP ».

Med7 : « voilà, il faudrait pouvoir avoir plus d'organismes qui font de l'APA. Ça prendrait vraiment une place importante dans notre quotidien, car, pour nos malades atteints de pathologies chroniques, qui sont de plus en plus nombreux, ça leur permet par l'activité physique, de reprendre possession de leur corps et confiance en eux, pour être moins vulnérables et plus autonomes ».

Med8 : « j'attends vraiment de pouvoir mieux sensibiliser les patients, sur l'impact positif de l'APA sur leurs pathologies, de les motiver à bouger ! (Rires). Ça fait vraiment parti de la prise en charge de leurs pathologies et d'arriver à limiter ou réduire leurs traitements ».

Med8 : « ça fait partie de la prise en charge complète du patient, inclure l'APA dans le parcours de soins. Faire prendre conscience au patient, que l'activité physique, a un vrai rôle sur leur santé ».

Med9 : « c'est difficile, car il s'agit de population en situation précaire le plus souvent, donc il y a plusieurs freins. La langue, le temps, je suis obligé de cibler les problèmes. Mais en général, je leur en parle trois fois. Pour toute personne, je vois d'abord la compliance, je leur en parle une première fois et si à la prochaine consultation, le patient me relance sur l'activité physique, dans ce cas, j'en parle plus activement et je leur parle du dispositif. Je leur montre le papier, on fait le petit programme ensemble et je leurs explique le but de la démarche. Donc voilà une approche progressive ».

- **Un réflexe de prescription en cours de constitution**

Med7 : « je ne pense pas encore avoir développé le réflexe prescription d'activité physique, je pense que j'ai encore largement de la marge. Je peux largement faire plus. En tout cas, oui, ça m'a influencé. C'est bête, mais c'est dur de changer les habitudes ».

- **Projet pilote : patience**

Med6 : « cela doit être un point de départ, une amorce à faire une activité physique, pour les patients, mais le réel objectif sera qu'ils s'autonomisent, donc, on verra vraiment si ça marche avec un peu plus de recul ».

Med7 : « la motivation c'est très important, et pour des structures comme ça, la motivation ça passe par les résultats, des études, et des moyens. Donc deuxièmement, il faut plus de moyens car ils sont largement insuffisants ».

Med7 : « j'ai eu un retour, avec le responsable de la structure qui m'a dit que c'était un projet pilote, et que l'objectif était d'avoir une étude qualitative, pour apporter des résultats et que par la suite avec plus de moyens, l'objectif va être d'augmenter la capacité d'accueil. »

*Selon les médecins, on observe une évolution de la place de l'activité physique adaptée dans le système de soins. Bien sûr, il y a de nombreux freins. La connaissance en APA des médecins et*

*des patients n'est pas optimale, la motivation de chacun également, mais petit à petit, les réflexes se constituent. Les médecins sont conscients d'une marge de progression importante, qui arrivera sûrement avec le temps et les moyens. Surtout, qu'il s'agit d'un projet récent. Il faut plus de recul.*

### III.3 Les déterminants liés aux moyens

#### 1. Le fonctionnement du dispositif

- **Une capacité d'accueil limitée**

Med6 : « il semble y avoir un problème de place, certains de mes patients, ont dû réserver leur place pour plus tard ».

Med7 : « donc, il y a plusieurs voies de prescription d'APA. Je pense que c'est très bien, car il n'y en aura jamais assez pour tout le monde ».

Med7 : « un autre de problème, c'est la saturation des structures ».

Med8 : « le problème, ça va être la capacité d'accueil, parce que si l'information est bien transmise, et bien, il va y avoir beaucoup de monde ».

Med9 : « le nombre d'éducateurs et le budget alloué sont plus qu'insuffisants, ainsi que le nombre de structures locales. Les délais de réception des patients, sont trop importants. Le nombre d'activité, qui peut leurs être proposé est trop limité. En tout cas, les retours sont plutôt médiocres. Mais c'est surtout la rapidité de la saturation du dispositif, qui est vraiment décevante ».

- **Disparité selon les territoires**

Med3 : « l'accessibilité, c'est un facteur qui joue énormément. On prescrit plus facilement ».

Med4 : « j'ai rencontré un confrère, qui a entendu parler du dispositif mais qui ne peut pas le mettre en place, car il n'y a pas les moyens au sein des associations alentours, pour en faire

bénéficier les patients qui étaient demandeurs. « Alors, ici ça marche, mais je parle pour un grand nombre d'autres médecins ». « Si j'étais toute seule isolée, je ne saurais pas quoi leur dire. Je ne pourrais pas les diriger vers telle ou telle association. Donc, beaucoup de médecins sont embêtés par le manque de structures, il faut donc que le dispositif se généralise rapidement, si on veut que les médecins et les patients adhèrent ».

Med9 : « ce qui est fondamental, c'est la proximité des équipements sportifs. Il y a de grosses disparités selon les collectivités. L'argent est un facteur de discrimination ».

*Les médecins, sont conscients que le dispositif BSO est récent et qu'il faut être patient, mais identifient, tout de même, plusieurs freins de prescription. Notamment, concernant le fonctionnement du dispositif. Une des grandes interrogations est à propos de la capacité d'accueil du dispositif, que cela soit à Nîmes, à Sète ou ailleurs. La saturation est très rapide et beaucoup de patients ne peuvent pas être acceptés. Si l'on diffuse bien l'information autour de ce dispositif, cela sera certainement encore pire... Les moyens semblent donc très insuffisants. De plus, il existe une disparité importante selon les territoires, bien sûr, car le dispositif se développe en priorité dans des pôles urbains et il faudra du temps, pour élargir le champ d'action. C'est un problème car de nombreux médecins, se sentent démunis par manque de solution donc, ne prescrivent pas.*

- **Une information insuffisante et aléatoire des professionnels**

Med5 : « c'est plutôt au niveau de l'organisation générale du programme, que j'aimerais revoir les choses, et tout d'abord que l'information sur le dispositif soit standardisée, pour que tous les médecins reçoivent la même ».

Med4 : « il faudrait un vrai circuit simple d'orientation ».

Med4 : « c'est sûr que si on était mieux informé aussi, et qu'on avait vraiment des chiffres statistiques percutants à dire aux patients, ça augmenterait l'impact de nos paroles et prescriptions. »

Med7 : « pour moi le vrai frein limitant, c'est plus la visibilité de ces structures, que sur le contenu. Mais, je pense que ma réponse est surtout due à une méconnaissance de ce qui s'y fait ».

Med8 : « j'y pense, on a des formations conseil de l'ordre tous les jeudis, on pourrait faire une formation sur l'APA, qu'on en profite pour présenter le projet. Je pense qu'il y a pleins de médecins généralistes qui ne sont pas au courant. Pour le moment, ça passe surtout par l'hôpital ».

Med9 : « il faut passer par les réseaux et organiser des petites réunions d'information et de formation, mais en allant à l'essentiel pour informer un maximum de médecins ».

- **Une communication interprofessionnelle insuffisante et aléatoire**

Med1 : « c'est vrai que l'on n'a pas de retour ».

Med2 : « si on a un retour, un retour du patient, oral. C'est bien mais bon, on n'a pas de retour écrit ».

Med1 : « si, il y a un retour, l'éducateur t'envoie un compte rendu ».

Med2 : « on voit que tu ne scannes pas souvent tes courriers ! ».

Med1 : « moi je n'ai pas de retour ».

Med2 : « si...bon après, c'est souvent au bout de 6 mois, qu'on a un retour. Enfin, moi j'ai reçu des bilans finaux ».

Med3 : « moi non plus, je n'ai pas de retour. Ça fait un an que je prescris, peut-être que ce n'est pas assez pour avoir des retours ? »

Med6 : « j'attends d'avoir plus de retours de la part de la structure, déjà, savoir si les patients ont bien intégré le programme et est-ce que ça a commencé. Un retour sur le bilan initial peut être. »

Med8 : « premièrement, il serait bon que le bilan initial et final, pour chaque patient, soient remis directement aux médecins généralistes et pas seulement aux patients, sinon une fois sur deux, on ne les a pas ».

Med9 : « il faut améliorer également, la communication avec les acteurs du dispositif, à savoir les éducateurs spécialisés. Le manque d'interactivité, est un des problèmes majeurs, on n'a pas de retours du professionnel. Je n'ai eu aucun retour, pourtant je sais que normalement, il y a

un bilan initial et un bilan final, c'est dommage. Sur une cinquantaine de prescription, tout de même. En fait, parfois, je ne sais même pas si mes patients sont reçus et acceptés... ».

*La connaissance générale des médecins, concernant l'APA et le dispositif est insuffisante. Il faut donc augmenter les moyens, pour une meilleure information, formation et publicité. Cela passe également, par s'assurer d'une meilleure communication entre professionnels. Il semblerait, que ce qui gêne le plus les médecins, soit le manque de retours sur le programme, que suivent les patients au sein de la structure. Normalement, pour chaque patient, les éducateurs doivent communiquer aux médecins, un bilan initial et final. En général, les médecins trouvent insuffisante et aléatoire, la communication avec les éducateurs APA.*

## 2. Besoins de créer un réflexe de prescription

- Une publicité sur le dispositif d'APA insuffisante

Med3 : « des questionnaires sur l'APA, dans la salle d'attente ? Dans l'idée d'en parler après, lors de la consultation ».

Med1 : « alors, faire plus de publicités bien sûr, peut-être continuer les flyers, des affiches pour le cabinet, et plus de publicité dans les médias ».

Med1 : « on a eu des documents explicatifs, mais, on n'a pas eu de flyers, et c'est un peu dommage, car on aurait pu les mettre dans la salle d'attente, d'ailleurs, on pourrait mettre une affiche aussi ».

Med2 : « moi, j'ai besoin qu'on me fasse penser à prescrire, c'est vrai, que je n'y pense pas toujours ».

Med5 : « tout d'abord, tout simplement, rien que d'augmenter la publicité, que ce soit pour nous, ou pour les patients. Par exemple, un poster dans la salle d'attente, ou dans notre cabinet, ça serait bien pour y penser plus, voilà plus de visuel surtout ».

Med4 : « je reviens sur le poster « Bougez sur ordonnance », ça serait bien d'en avoir, pour le mettre, par exemple, sur la porte d'entrée du cabinet pour que j'y pense et puis, dans la salle d'attente pour les patients, car souvent c'est aussi eux qui nous en parlent ».

Med6 : « dans la maison de santé et dans nos salles d'attente, c'est vrai qu'on pourrait mettre des affiches ».

Med7 : « il y a les flyers qui marchent très bien, surtout auprès des femmes. Il y a les prescriptions toutes faites, qui m'ont bien plu. Mais j'aimerais encore plus « dématérialiser » ».

Med8 : « que ce soit en tant que médecin et en tant que patient, tout le monde sera plus motivé. Si les médecins sont plus convaincus, les patients, le seront forcément plus. Ils seront en tout cas, un petit peu plus réceptifs ».

Med8 : « par rapport à l'information, qui n'est pas bonne pour le moment, je pense qu'il faut surtout informer les patients, car, c'est par eux que l'on est le mieux informé. Les médecins sont trop sollicités, une fois sur deux on zappe ».

Med8 : « je trouve que, au sein du cabinet, ça serait bien de mettre des affiches, ou bien des flyers dans les salles d'attentes. J'aime bien mettre des affiches dans mon cabinet ».

*Les médecins ont besoin d'outils, pour se motiver à prescrire de l'APA au quotidien. Les propositions ne manquent pas, pour créer un réflexe de prescription. Des questionnaires pour les patients en salle d'attente, pour les sensibiliser, ou encore des affiches, posters, des flyers...Les médecins se disent trop sollicités tous les jours, pour tous types de sujets et pensent, que de solliciter plutôt les patients serait une bonne chose, car les patients n'oublient pas.*

- **Une ouverture vers des outils informatiques connectés**

Med4 : « le top du top du top, ça serait un logiciel informatique médical, qui nous envoie un popup pour nous dire que tel ou tel patient est éligible, pour rentrer dans le programme. Donc, qu'on puisse « cliquer automatiquement, et qu'on imprime le certificat ! Il s'agirait, de tendre vers une standardisation des critères d'inclusion, via une informatisation ».

Med5 : « c'est sûr que pour la praticité de la prescription, ça serait bien d'avoir tous ces critères informatiques ».

Med7 : « par exemple, avec un petit formulaire prérempli, que l'on puisse avoir un lien direct depuis notre ordi, pouvoir faire une demande dématérialisée via notre logiciel. C'est ce que j'imagine, par rapport à ce lien plus concret, entre les structures d'APA et les MSP.

Med7 : « le facteur limitant serait, que toutes les MSP n'aient pas le même logiciel, mais on a tendance dans la vraie vie, à avoir le même, en tout cas dans les MSP. Imaginons qu'il y ait une convention, on pourrait se faire aider par l'ARS, pour mettre en place une session de logiciel pour les professionnels de Nîmes sport santé, qui pourraient avoir accès aux différentes MSP. Ça pourrait nous permettre d'avoir ce lien que l'on recherche ».

*Une des réflexions innovantes la plus citée, est celle de la création d'un outil informatique connecté au logiciel du médecin, avec un rappel à la prescription d'APA, pour les patients susceptibles d'être inclus dans le dispositif. Une idée de demande dématérialisée, via logiciel informatique a été proposée.*

- **Une cotation spécifique APA pour penser à prescrire**

Med1 : « moi vis-à-vis de la cotation, je pense que le côté entretien motivationnel en plus de l'APA, serait encore mieux à côter. Une cotation un peu générale motivationnelle, au changement du comportement ».

Med 8 : « donc, je sais que certains parlaient de consultation dédiée, pour prescrire de l'activité physique, mais moi je n'estime pas que cela soit nécessaire. Je prescris de l'APA comme un autre médicament, donc, je le cote normalement, comme une consultation normale ».

*Concernant la création de réflexe de prescription, par la mise en place d'une cotation spécifique, les médecins proposent plus particulièrement, une cotation « consultation longue, entretien motivationnel ».*

- **Une structure d'APA plus proche des médecins**

Med4 : « de même, c'est important que la structure de délivrance de l'APA, soit proche de la MSP. « Par exemple, au sein de notre MSP, on a « le club cœur » pour les patients coronariens. J'y pense beaucoup plus, car on a une infirmière qui chapeaute le tout et puis c'est entre nos murs, donc j'y pense. »

Med5 : « le « must », serait que tout soit intégré dans une même structure ».

Med5 : « une idée, serait que la salle de sport soit dans la MSP et je pourrais peut-être aller voir et contrôler, mes patients faire du sport. Car donner des messages sur l'APA, juste en fin de consulte, parfois je me sens inutile »

Med5 : « donc, peut-être intégrer un peu plus le médecin dans le dispositif. Je pense que ça impliquerait plus les médecins et on verrait plus les bénéfiques ».

Med7 : « il y avait plusieurs voies de prescription d'APA, par « Bougez sur ordonnance » et « Nîmes sport santé », par les kinésithérapeutes, par le centre social du quartier, ce qui est une particularité ici. La Mairie a développé de l'activité adaptée, en fonction des besoins de la population. Elle est gérée par des éducateurs spécialisés en APA, avec formation diplômantes, cela marche bien ».

Med9 : « il faudrait aussi, que ce soit plus centralisé, que cela soit, par exemple, rattaché à des maisons de santé collectives et préventives, qui s'occuperait de A à Z, du recrutement et du suivi des patients. Mais, pour ça il faut le budget, car il faut aussi bien sûr, les équipements qui vont avec ».

*Il existe chez tous les médecins, une vraie volonté pour que les structures d'APA soient plus proches de l'univers médical. Il y a de nombreuses propositions dans ce sens. Il faut penser à intégrer les structures d'APA, au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, pour penser à prescrire de l'APA plus facilement. Certains médecins aimeraient, d'ailleurs, avoir un rôle supplémentaire, et non pas juste, de prescripteurs. D'autres, émettent l'idée de la création de maisons collectives et préventives. En tout cas, les médecins ne sont pas contre l'existence de plusieurs voies de délivrance d'APA, (dispositif d'APA, Kinésithérapeutes, centre social...). Mais, souhaitent tout de même, que celles-ci soient centralisées autour des MSP.*

### 3. La prise en charge financière

- **La gratuité facilite la prescription**

Med1 : « on sait que le patient va adhérer car c'est gratuit ».

- **Discussion sur une prise en charge CPAM controversée**

Med4 : « le problème, c'est que dans une prescription médicale, les patients se sont habitués à ne pas payer, via la sécurité sociale et les mutuelles. Alors que là, je crois, qu'ils doivent payer quand même. On a de la chance, car avec l'association « Ma vie », ce n'est vraiment pas cher. En tout cas, c'est quand même un problème, car il y a des textes de loi, mais derrière, on n'a pas les moyens d'appliquer. »

Med4 : « je pense aussi, qu'il devrait y avoir une part de prise en charge de la sécurité sociale dans l'APA. Que ce soit justement pour envoyer des courriers explicatifs aux patients, mais aussi, au niveau financier, pour que les patients soient intéressés à le faire. Mes patients me demandent : « Vous prescrivez donc c'est gratuit docteur ? « Alors non... », « Ah, alors pourquoi vous le prescrivez ? » ».

Med9 : « pour moi, c'est très important que l'APA ne soit pas prise en charge par la sécu, mais je n'en parlerai pas pour raisons politiques ».

*Une chose est sûre, la gratuité motive les patients. En vérité, ce n'est pas gratuit, vu que les patients payent, le plus souvent, une petite contribution et la collectivité paye le reste. Les entretiens ont mené à plusieurs reprises, à une réflexion, sur la part que doit jouer la sécurité sociale, concernant l'APA. Les avis divergent. Certains aimeraient que l'APA soit prise en charge, car cela touche à la santé publique et que finalement, en cas de généralisation de l'APA, les dépenses de santé diminueraient et aboutirait finalement, à des économies de santé. Certains médecins, trouvent très importants que l'APA, ne soit pas prise en charge par la sécurité sociale pour des raisons politiques, mais tous sont d'accord, pour que la sécurité sociale joue un rôle plus important, en termes d'information pour les patients et les médecins.*

### III.4 Les déterminants liés aux relations professionnelles

#### 1. Une évolution de pratique vers la pluridisciplinarité

- Construction d'une relation de confiance entre médecins et éducateurs spécialisés en APA

Med3 : « avant, je proposais une activité physique, mais qui n'était pas encadrée. Les patients choisissaient une association sportive, mais il n'y avait pas d'encadrement spécifique, pas de cadre d'adaptation et puis on n'avait pas de retour ».

Med6 : « je me sens soutenu et en confiance pour mes patients ».

Med7 : « il faut plus de reconnaissance pour les éducateurs. J'ai eu un très bon contact avec les professionnels de la structure. Une confiance s'est établie. Je pense qu'il faudrait plus de visibilité pour eux, qu'ils soient d'avantage reconnus ».

Med7 : « je suis convaincu que ces gens-là, qui sont formés à l'activité physique adaptée, sans avoir besoin de faire 10 ans d'études, et bien, font du super boulot, et vont avoir un effet très bénéfique. Je suis pour une meilleure considération de ces gens-là et de ces structures-là. Il faut renforcer cette reconnaissance, auprès des professionnels de santé qui peuvent encore en douter ».

- **Un transfert de compétences sécurisant**

Med2 : « je ne me pose plus la question : « en quoi mon patient va être limité » ? Je propose et derrière, ils vont avoir l'évaluation par des spécialistes en APA. Donc, ça me fait gagner du temps. Je continue à suivre mes patients, mais je ne m'occupe pas de l'activité physique en elle-même, ça m'enlève une épine du pied. Alors, peut-être, il ne faudrait pas, mais c'est comme ça ».

Med1 : « ce qui est bien, c'est que l'on n'a pas besoin de trouver le sport qui convient aux patients. Moi, je ne sais pas tout ce qui existe à Sète. On sait que quelqu'un va s'en occuper, c'est un vrai transfert de tâche, c'est du concret ».

Med3 : « il y a beaucoup d'effets positifs, je me sens confiante en prescrivant, via ce dispositif. Je sais que mes patients vont progresser sans danger, et moi je me sens bien avec ce transfert de tâche ».

Med6 : « en tout cas ça m'a aidé, on est conforté dans le fait qu'on puisse vraiment prescrire une activité physique adaptée. Je me sens soutenu et en confiance pour mes patients ».

Med7 : « c'est un allié de qualité, un côté sécurisant, dans la façon de prescrire ».

Med7 : « ça fait du bien, rien que par rapport au discours, parfois, on a l'impression de s'épuiser, car les freins au changement, sont nombreux pour les patients ».

Med7 : « cet outil me soulage, ça m'épaule, mais je ne parle pas de transfert de tâche, car je ne m'y connais pas en APA, je ne suis pas formé à ça. Je ne sais pas prescrire de l'APA, et ce n'est pas un frein au contraire, je cherche de l'aide ».

- **Le patient au centre d'une interaction pluridisciplinaire**

Med5 : « ce qui changerait, c'est d'être avec un groupe et avec un autre professionnel de santé. Donc, sortir du cadre de la consultation ».

Med7 : « je me suis senti épaulé, vraiment. Ça fait du bien de ne pas se sentir seul, dans son coin, en tant que prescripteur et diagnostiqueur libéral à parler d'AP, d'autonomie et de bien-être, et de ne pas être dans une forme de prescription un petit peu descendante, de paternalisme culpabilisant ».

Med7 : « j'aimerais déjà pouvoir garder contact avec eux, c'est une expérience que j'ai envie d'entretenir, même si pour le moment, ce n'est que pour quelques patients. Car l'APA, améliore le soin, participe à de vrais soins de qualité, pour à terme pouvoir prescrire plus ».

*Un des déterminants le plus importants, dans l'évolution de la prescription d'APA des médecins généralistes, c'est cette nouvelle pluridisciplinarité qui se crée, concernant l'activité physique. Les médecins se sentent soulagés. Ils sont en confiance, pour leurs patients, avec les éducateurs APA, et donc avec eux-mêmes. Ils sont en faveur d'une reconnaissance plus importante, pour les éducateurs APA. Les médecins, parlent d'un transfert de compétences sécurisé. Ils sont heureux d'avoir un spécialiste APA, qui va encadrer leurs patients. Le patient est vraiment au centre d'une interaction pluridisciplinaire.*

## 2. Le suivi des patients

- **Besoin d'un suivi systématique et standardisé**

Med6 : « je n'ai pas vu d'effet encore, je n'ai pas encore de retour de mes patients ».

Med7 : « je ne sais pas à quel moment, je peux envoyer les patients, vis-à-vis de la fréquentation de la structure, et sur quelle indication. Si on met en place quelque chose, mais que derrière on ne réévalue pas ça peut faire « « pschitt... » ».

Med8 : « le problème, c'est que les deux patientes, ont arrêté après le suivi des deux mois, à part un peu de marche mais sans plus. Moi, en tout cas, j'ai trouvé ça plutôt bénéfique, car elles avaient retrouvé l'envie de bouger. Mais bon, ma patiente, ensuite, s'est retrouvée toute seule, donc, elle n'a pas continué. Je pense que ça devrait durer plus longtemps ».

Med9 : « c'est plutôt le suivi médical que je trouve médiocre. Premièrement, souvent, personne ne répond au téléphone, on laisse un message, mais personne ne vous rappelle ».

*Il existe, un frein au niveau du suivi des patients, qui n'est pas optimal. Les médecins se plaignent d'un manque de retour. Comme il a été vu précédemment, il faudra peut-être améliorer les moyens de communications entre les professionnels, car, sur le plan de la relation pluriprofessionnelle, les médecins trouvent que les éducateurs ne les tiennent pas assez au courant de l'évolution de leurs patients.*

- **Rôle renforcé du médecin généraliste dans le dispositif**

Med1 : « moi, j'aimerais pouvoir élargir les possibilités de prescription, sans passer forcément par le responsable APA du dispositif, pour lui demander s'il est d'accord, pour de nouveaux patients ».

Med5 : « que l'on puisse plus partager avec les patients, ce qu'ils font, que l'on puisse même peut être participer, pour qu'ils voient qu'on les regarde. Quelquefois, je me sens étranger à tout ça, je leur donne des conseils d'activité physique, mais je ne vois pas concrètement ce qu'ils font ».

Med5 : « ce qui changerait, c'est d'être avec un groupe et avec un autre professionnel de santé. Donc, sortir du cadre de la consultation ».

*Certains médecins, semblent intéressés pour avoir un rôle renforcé au sein du dispositif. Surtout, si la structure se trouvait au sein du lieu de travail. Dans une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) par exemple. L'objectif serait de sortir du cadre de la consultation et peut-être de contrôler les activités des patients. Être plus proche de l'éducateur, pouvoir discuter et diversifier la pratique quotidienne.*

### 3. Besoins de renforcer les liens interprofessionnels

- **Création d'outils de partage d'expérience**

- *Réunion présentielle*

Med3 : « moi je trouve déjà, que les réunions d'échange comme aujourd'hui, c'est très bien pour faire le point. Donc, des échanges d'expériences ».

Med1 : « pour se former et voir comment font les collègues ».

Med7 : « ça ne fera pas tout, mais pour moi ça serait quand même facilitant, ça permet aussi d'entretenir le contact. Donc, moi je verrais bien un staff tous les 6 mois, plutôt que par courrier. Avoir vraiment un moment où on se réunit entre éducateurs spécialisés et médecins, pour parler des choses à faire évoluer ».

Med8 : « il faudrait plus de contacts professionnels avec les différents intervenants ».

- *Outils de communication informatique*

Med7 : « pour améliorer le système, je pense que ça serait intéressant pour ces structures-là, d'avoir des contrats, plutôt des partenariats, avec les MSP existantes, pour pouvoir avoir le partage du dossier médical, et de pouvoir créer un support de communication, qui permette la fluidité des informations ».

- *Intégration des éducateurs APA au sein des MSP*

Med5 : « le programme pourrait-être vraiment intégré à la MSP et donc aux médecins ».

Med5 « ce qui changerait, c'est d'être avec un groupe et avec un autre professionnel de santé. Donc, sortir du cadre de la consultation ».

Med7 : « ça serait plutôt, de créer un lien étroit entre la MSP et la structure délivrant de l'APA. Donc, il faut avoir un contact humain rapproché et être bien connecté. Par exemple, on pourrait réfléchir à avoir un contact quasi direct, en faisant rentrer « Nîmes sport santé », dans la boucle du dossier médical partagé, et ça serait un facteur, qui me ferait prescrire davantage ».

*Pour améliorer les relations professionnelles, les médecins proposent différents outils de partage d'expérience, notamment, de réaliser des réunions présentiellees avec les éducateurs spécialisés en APA, pour parler des patients, mais aussi du dispositif. Il a également été question, d'un outil informatique de communication entre médecins et éducateurs, qui marcherait dans les deux sens, toujours avec cette volonté d'intégrer les éducateurs APA au sein des MSP.*

#### **Résultats question de recherche : Quel est l'impact de la mise en place du dispositif « BSO » sur la prescription en APA des médecins généralistes ?**

Med 4 : « en rien ».

Med 5 : « si mon collègue ouvre la voie, en rien également, en tout cas actuellement. Cela étant, il y a des choses à faire pour améliorer et faire bouger les choses. ».

Med7 : « c'est un allié de qualité. Un côté sécurisant dans la façon de prescrire ».

Med7 : « : « ça m'a aidé quand j'ai reçu les petits certificats avec la prescription, et tout ce qui était marqué sur cette feuille A4 de « Bougez sur ordonnance », d'ailleurs, j'en ai encore sur mon bureau. Sur la feuille, au milieu, il y a le certificat de non-contre-indication à l'activité physique et puis en bas une case « indications » à préciser pour l'éducateur spécialisé, qui va recevoir le patient. Donc, oui ça m'a aidé à débiter le changement ».

*Les avis des médecins divergent, concernant l'impact de la mise en place du dispositif d'APA BSO sur l'évolution de leurs prescriptions en APA. Les facteurs sont multiples. Mais, on observe tout de même que plus le médecin a été sensibilisé, plus l'accès au dispositif est simple, et plus les relations entre professionnels sont entretenues, plus le médecin est motivé à prescrire davantage.*

## DISCUSSION

L'objectif de cette étude, était d'identifier les déterminants à l'évolution de la prescription d'activité physique adaptée, par les médecins généralistes en Occitanie, à la suite de la mise en place du dispositif BSO, en analysant leurs vécus.

### I. Rappels des résultats.

L'étude, a permis de mettre en évidence quatre axes de déterminants, concernant l'évolution de la prescription en activité physique adaptée, identifiés par les médecins généralistes qui prescrivent de l'APA, via le dispositif Bougez sur ordonnance. La connaissance, la motivation, les moyens, et les relations interprofessionnelles.

#### La connaissance de l'APA et des structures d'APA

Tout d'abord, logiquement, il semble que plus les médecins sont sensibilisés à l'APA, plus leurs prescriptions sont facilitées. Mais, l'information n'est pas toujours suffisamment bien relayée. Il est intéressant de signaler, qu'en dehors de l'échantillon de médecins étudiés, 32 médecins ont été joints au téléphone et que la plupart ne connaissait pas le dispositif Bougez sur ordonnance et n'était pas non plus en mesure, de parler d'activité physique adaptée. Pourtant, les coordonnées de ces médecins avaient été communiqué via l'annuaire de BSO, ils avaient donc tous été, au moins une fois, sensibilisés au dispositif et donc à l'APA. On pourrait se dire, que les médecins ayant acceptés les entretiens ont été sensibilisés à l'APA, et sont plus à même de parler. Or on remarque qu'en moyenne, ils ne sont pas très à l'aise pour définir le terme APA et ne semblent pas tous familier avec les dispositifs de délivrance APA, notamment BSO. Certains médecins, ne font pas vraiment la différence entre la notion du sport en général et une activité physique adaptée. Il est certain qu'il existe pour le moment un manque d'information flagrant autour de l'APA, et que cela n'aide pas au changement de pratique des médecins généralistes, concernant la prescription d'APA. Effectivement, les médecins n'ayant

pas été sensibilisés, correctement à l'APA et n'ayant pas été informés clairement, de l'existence du dispositif BSO et de son fonctionnement, en restent majoritairement, à des conseils oraux d'activité physique. Cependant, on remarque qu'il n'en faut pas beaucoup, pour faire évoluer les choses. Une publicité ou un patient, qui vient voir son médecin pour parler, ou bien un médecin qui a bel et bien été sensibilisé par un acteur du dispositif, et, la réflexion s'oriente rapidement sur l'importance du mot « adaptée » et du sens que cela prend, en termes de santé pour les patients. Ils parlent facilement d'APA, de thérapeutique non médicamenteuse, et sont conscients de l'intérêt de l'APA, pour placer le patient comme acteur de sa propre santé. Par ailleurs, ils sont heureux de cette relation de confiance avec les patients, que la prescription d'APA engendre. Les prescripteurs se sentent également en confiance, avec ce cadre sécurisant que constitue selon eux, le dispositif BSO. Les médecins dans ce cas-là, sont plus enclins à tenter et à poursuivre la prescription écrite d'activité physique adaptée. Le fonctionnement du dispositif n'est pas bien connu par les médecins, toutefois, il apporte une solution concrète.

L'information sur l'APA a-t-elle été mieux véhiculée, directement vers les patients ? Est-ce un problème ? En tout cas, la plupart des médecins ont été confrontés au cas de figure, où leurs patients viennent leur parler d'APA. Les retours sur leurs vécus à ce propos sont hétérogènes. En majorité, ça ne leur pose pas de problème, au contraire, ils voient que leurs patients sont motivés, donc ça les motive eux-mêmes, soit pour s'informer également, soit pour leurs prescrire de l'APA, dans le cas où leurs patients ont avec eux, les documents à signer. Certains médecins mal informés, se sont tout de même sentis en difficulté face à la demande de leurs patients. C'est un fait, les médecins se sentent mal informés. Ils souhaiteraient plus de publicité sur l'APA. Il semble difficile pour les médecins, de se renseigner par eux-mêmes, surtout par manque de temps.

Les médecins souhaitent avoir plus de connaissances sur l'APA et sur le dispositif BSO. Ils ont besoin de connaître plus précisément, les tenants et les aboutissants de l'activité physique adaptée, ainsi que le fonctionnement du dispositif BSO, particulièrement, les critères d'inclusions et les professionnels qui y travaillent.

Les médecins proposent des solutions pour une meilleure information en APA, qui aurait pour conséquence de sensibiliser un plus grand nombre de médecins, à la prescription d'APA écrite comme, par exemple, une diffusion de l'information via la CPAM, et le passage régulier des acteurs du dispositif BSO. Effectivement, il semble nécessaire de répéter les présentations et

informations. Certains médecins, qui avaient déjà été sensibilisés, ne se rappellent pas toutes les informations délivrées. Une voie intéressante d'amélioration proposée, est celle d'une infirmière dédiée à l'APA dans les MSP, qui chapeauterait les inclusions pour les patients et ferait des rappels aux médecins de la structure.

Les médecins, sont surtout en demande d'une diffusion généralisée, des dispositifs d'APA et d'une standardisation commune, à tous les médecins généralistes de l'information au sujet de l'APA et des différentes structures d'orientation possibles, pour leurs patients. Dans le but de développer la prescription d'APA via le dispositif BSO, qui dans l'ensemble, amène un vrai plus en pratique. Les médecins déplorent notamment les différences, entre les zones rurales et urbaines.

Les médecins parlent de formation en APA. Les formations sont à la base de la connaissance. Cependant, avec la création de ce dispositif, elles ne semblent pas obligatoires pour prescrire, et la formation en APA, ne figure pas parmi les priorités des médecins généralistes. Le temps, est une véritable contrainte pour les médecins, mais ils proposent tout de même, d'inclure l'APA aux formations FMC présentielle du soir, auxquelles, une majorité de médecins sont fidèles. Les dispositifs d'APA, pourraient y être présentés.

Les médecins insistent en revanche, sur les formations en entretien motivationnel, qui semblent correspondre à leurs préoccupations, vis-à-vis de leur rôle de médecin généraliste, c'est-à-dire de motiver les patients pour l'APA.

## **La motivation à la prescription d'APA**

Un des grands déterminants à la prescription écrite d'APA, est le degré de motivation personnelle. Plus les médecins sont informés sur l'APA et le dispositif BSO, plus la volonté de prescrire augmente. L'étude montre que les médecins isolés sont moins motivés, car moins informés. En revanche, les médecins exerçant en maison de santé pluridisciplinaire sont mieux sensibilisés généralement, et font évoluer leur pratique plus facilement. Effectivement, les regroupements de médecins et kinésithérapeutes, facilitent l'échange et la diffusion d'information. Cependant en ruralité, les médecins travaillant en MSP ne semblent pas forcément très motivés, surtout à cause de la charge importante de travail.

La motivation à prescrire de l'APA dépend également, du temps que peuvent y consacrer les médecins et il semble que les médecins en zone rurale, aient moins de temps à y consacrer que les médecins en zone urbaine. Ainsi, la désertification médicale semble ne pas être en faveur du développement de la prescription de l'APA. Cependant, les médecins en ruralité sont motivés, pour que plus de structures d'APA se développent, pour y envoyer leurs patients.

Dans notre recherche de population d'étude, de nombreux médecins ont été joints aléatoirement. Nombre d'entre eux, étaient en fin de carrière. Au téléphone, ils disaient ne pas être intéressés pour participer à l'entretien, car étaient proches de la retraite. Parmi notre population d'étude, deux médecins étaient plus près de la retraite que les autres. Un des médecins, était très motivé. L'autre médecin, nous a également dit être proche de la retraite et ne pas trop savoir, il a fallu insister pour permettre une réflexion sur l'APA, lors de l'entretien. Les médecins plus jeunes, étaient dans l'ensemble, plus concernés par le sujet, voire très concernés.

Les médecins sont motivés par la dimension sociale de la prescription d'APA. Ils sont heureux de proposer une nouvelle solution thérapeutique à leurs patients. Les retours sont plutôt bons, ils parlent d'accomplissement professionnel. Leur rôle de médecin généraliste en est renforcé. Ils sont motivés par l'évolution de la relation avec leurs patients. Ils sortent selon eux d'un paternalisme culpabilisant, en termes de prescription d'activité physique, pour créer un véritable contrat de confiance avec eux.

Les médecins voient leurs patients motivés et heureux, de leur insertion au sein de groupe d'APA. De même, ils sont motivés par le fait de pouvoir proposer une solution gratuite, ou accessible à leurs patients en situation précaire.

Les médecins sont motivés pour initier chez leurs patients, une thérapeutique non médicamenteuse, qui a prouvé son efficacité sur l'amélioration de la santé. Ils sont contents de pouvoir proposer quelque chose de nouveau, et de complémentaire en sortant de la médication chimique.

L'efficacité de l'activité physique adaptée est prouvée, mais aussi vécue par les médecins. Cela motive à prescrire plus selon eux.

Pour les médecins, le plus difficile est de penser à prescrire l'APA. Pour eux, le dispositif est encore un peu trop récent et il va falloir plus de temps pour que les mœurs changent

totalemment, que la prescription d'APA devienne un réflexe. Cependant, c'est un bon début. Et la création de dispositif comme BSO est une amorce au changement.

Pour certains médecins, la prescription d'APA prend du temps. Sur le plan financier, en médecine générale, il semble de plus en plus difficile de prendre plus de temps pour une même rétribution. Pour certains, la prescription n'est pas valorisée et ce n'est pas très motivant.

Par ailleurs, la multiplication des motifs de consultation, n'est pas en faveur de la prescription d'APA, qui passe après. Le temps, représente donc un des freins principaux à la motivation de la prescription d'activité physique adaptée.

Les médecins sont motivés par la propre motivation de leurs patients. Les patients sont en demande d'APA, car, en ont entendu parler, et vont voir leur médecin généraliste pour avoir une prescription.

Concernant la motivation des patients, les médecins insistent sur l'importance de l'entretien motivationnel. C'est un déterminant essentiel de la prescription des médecins en APA. Cela constitue, selon eux, une phase indispensable et prioritaire de leurs consultations à ce sujet, pour s'assurer de l'observance des patients et donc de la réussite de leurs prescriptions.

Enfin, selon les médecins, le côté financier est encore une fois important. Ils sont motivés par le fait de proposer quelque chose d'accessible à leurs patients. Les patients, sont en majorité motivés par l'aide financière.

Les médecins proposent des voies d'amélioration, pour motiver la prescription d'APA. Certains médecins, voudraient une reconnaissance financière de l'acte de prescription de l'activité physique, mais aussi que la consultation soit reconnue sur le plan médical, comme consultation de santé publique. Une consultation particulière, où l'on ne parle que d'APA et non de renouvellement de médicament. D'autres médecins, ne ressentent pas le besoin d'une valorisation de l'acte, ils proposent plutôt, une fragmentation des consultations pour avoir plus de temps.

Sur la question de la prise en charge financière, sur un plan motivationnel, les avis sont divergents. Certains médecins, se sentiraient plus investis, si l'APA était totalement prise en charge via la CPAM ou par une mutuelle. D'autres, considèrent que les patients peuvent

prendre en charge une partie des frais. Mais, tous pensent que l'aide partielle des collectivités est une bonne chose, pour motiver les patients donc pour faire évoluer les prescriptions.

Concernant le besoin en formation en entretien motivationnel et en APA, les médecins insistent plutôt sur des formations courtes, présentielle. Ils ne sont pas très motivés par les formations type, diplômes universitaires, ou autres formations longues, et proposent plutôt d'intégrer l'APA à leurs FMC du soir.

Certains médecins, seraient motivés par une réorganisation du temps de travail, si l'acte de prescription était mieux reconnu, en ayant des plages horaires spécifiques APA, par exemple. D'autres, ne pensent pas en avoir besoin, mais laissent la porte ouverte.

Enfin, pour se motiver à la prescription d'APA, selon les médecins, il serait bon d'insister sur les outils pense bête, surtout visuels, à l'aide d'affiches publicitaires et de flyers. Il faudrait également, qu'ils aient des certificats de prescription toujours à portée de main.

Malgré les freins persistants, on observe une évolution de la place de l'activité physique adaptée, dans le système de soins. Petit à petit, les réflexes de prescriptions se constituent. Concernant le dispositif BSO, les médecins sont conscients qu'il s'agit d'un projet récent. Il faut plus de recul et de temps, pour que son développement soit optimal. Ils sont motivés par la structure, mais il va falloir être patient.

## **Les moyens**

Les médecins, sont conscients que le dispositif BSO est récent, mais identifient, tout de même, plusieurs freins de prescription. Un des problèmes principaux est le fonctionnement du dispositif. Effectivement, les médecins sont tous déçus par la capacité d'accueil du dispositif. Trop de patients ne sont pas acceptés. Les moyens semblent donc très insuffisants. Il existe une disparité importante selon les territoires, car le dispositif se développe en priorité dans les pôles urbains et il faudra du temps pour élargir le champ d'action. Les médecins se sentent démunis par le manque de solution et ne prescrivent pas. Les moyens mis en place pour la diffusion de l'information générale des médecins, concernant l'APA et le dispositif sont insuffisants. Il faut donc augmenter les moyens. Cela passe surtout, par s'assurer d'une meilleure communication entre professionnels. Les médecins s'interrogent sur le manque de retour sur le programme

que suivent les patients, au sein de la structure. En général, les médecins trouvent insuffisante et aléatoire la communication avec les éducateurs APA.

Les médecins veulent donc plus de moyens, pour créer des outils favorisant le réflexe de prescription. Ils proposent des questionnaires en salle d'attente pour sensibiliser les patients, ou encore des affiches, posters, des flyers...La sollicitation des patients est une bonne chose selon les médecins. Ils pensent que l'hyper-sollicitation des médecins, peut être à l'origine d'oublis.

Les médecins proposent la création d'un outil informatique connecté au logiciel médical, avec rappels à la prescription d'APA, pour les patients susceptibles d'être inclus dans le dispositif. Une idée de demande dématérialisée, via un logiciel informatique a été proposée.

Sur le plan financier, et de la valorisation de la consultation, les médecins proposent plus particulièrement, une cotation « consultation longue entretien motivationnel ».

Il y a une vraie volonté de rapprochement de la structure d'APA, de l'univers médical. Les médecins proposent d'intégrer les structures d'APA au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, pour penser à l'APA plus facilement, et même y avoir un rôle renforcé. L'idée de la création de maisons collectives préventives a été émise. Les médecins ne sont pas contre l'existence de plusieurs voies de délivrance d'APA, (dispositif d'APA, kinésithérapeutes, centre social...). La centralisation autour des MSP est largement attendue.

Pour les médecins, la gratuité ou du moins l'aide financière à l'APA, motive les patients et elle est indispensable. Certains aimeraient que l'APA soit prise en charge, car elle touche à la santé publique et que finalement, en cas de généralisation de l'APA, les dépenses diminueraient et engendreraient des économies de santé. Certains médecins estiment très important que l'APA ne soit pas prise en charge par la sécurité sociale, pour des raisons politiques et pour qu'il n'y ait pas d'abus de prescription. Tous sont d'accords, pour que la sécurité sociale joue un rôle plus important, en termes d'information, pour les patients et les médecins.

## Les relations professionnelles

La création d'une nouvelle pluridisciplinarité, concernant l'activité physique adaptée, est déterminante dans l'évolution de la prescription des médecins généralistes. Ils se sentent soulagés, en confiance, avec les éducateurs APA, pour leurs patients et avec eux-mêmes. Les médecins parlent d'un transfert sécurisé de compétences. Le patient est vraiment au centre d'une interaction pluridisciplinaire.

Les médecins se plaignent cependant, d'un manque de retour de la part des éducateurs APA concernant leurs patients. Il faudrait améliorer les moyens de communications entre les professionnels.

Certains médecins semblent intéressés pour avoir un rôle renforcé au sein du dispositif, surtout, si la structure se trouvait sur le lieu de travail. L'objectif serait de sortir du cadre de la consultation. Cela permettrait aux médecins, d'être plus proches de l'éducateur et de diversifier la pratique quotidienne et ainsi prescrire plus d'APA.

Pour renforcer les relations professionnelles, les médecins proposent différents outils de partages d'expériences, comme de réaliser des réunions présentiellees avec les éducateurs spécialisés en APA, pour parler des patients, mais aussi du dispositif. Ils proposent un outil informatique de communication entre médecin et éducateurs, qui marcherait dans les deux sens. Ils ont toujours cette volonté d'intégrer les éducateurs APA au sein des MSP.

Les avis des médecins divergent, concernant l'impact de la mise en place du dispositif d'APA BSO sur l'évolution de leurs prescriptions en APA. Les facteurs sont multiples. On observe en générale que plus le médecin a été sensibilisé, plus l'accès au dispositif est simple et plus les relations entre professionnels sont entretenues, plus le médecin est motivé à prescrire davantage. Cependant dans certain cas l'intérêt personnel porté par le médecin rentre en ligne de compte, indépendamment de la sensibilisation au dispositif.

## II. Confrontation aux données de la littérature

### Les connaissances en APA

En ce qui concerne l'information en APA en général, nous n'avons pas retrouvé d'étude sur la représentation que se font les médecins de l'APA. Ce qui est plutôt étrange, car, comment étudier les déterminants à la prescription d'APA sans s'assurer que les médecins sachent réellement de quoi il est question. **Dans notre étude, il apparaît que les médecins ont du mal à bien définir l'activité physique adaptée. La notion d'activité physique loisir est prépondérante. On remarque, que la notion de santé et d'activité physique personnalisée, apparaissent rarement ou pas clairement, quand on demande aux médecins de définir l'APA. Pourtant les bienfaits de l'activité physique sur la santé sont bien fondés.** Dans son étude, Gaume montre, que les médecins ont compris les aboutissants de l'APA : « les médecins interrogés sont intéressés par l'idée de pouvoir prescrire le sport le plus approprié à un patient donné, avec pour objectif de limiter les incidents liés à la pratique sportive, inadapté à une pathologie ou trop intense, pour un patient désadapté physiquement, et faire profiter au mieux des bénéfices apportés par une activité physique adaptée ». (63) Dans notre étude, tous les médecins interviewés ont été sensibilisés au moins une fois à l'APA, via le dispositif BSO. On peut alors se questionner sur la cohérence du terme APA, car le côté « adaptée » ne semble pas clair, de prime abord. Comment se servir d'un outil, si on ne le comprend pas vraiment ? La représentation de l'APA par les médecins ne serait-elle pas un frein caché à leur prescription ? Une réflexion pourrait être lancée, pour renommer l'APA. Par exemple, activité physique à des fins de santé, pourrait être une proposition.

En 2016, Chebra a montré qu'il existait un besoin de formation sur l'activité physique adaptée chez les médecins en Languedoc Roussillon. (8) Dans cette étude, « les médecins concluent sur la nécessité d'être sensibilisé à l'intérêt de l'activité physique, d'autant plus qu'au cours du cursus universitaire, il n'y a pas de formation sur ce chapitre ». « La volonté était de mettre en place des formations en activité physique adaptée, qui répondent à des critères précis : apprentissage des modalités de prescription, quel suivi, formations concrètes, pratique, locale ou de proximité avec participation de tous les acteurs et partenaires de l'activité physique ». (8) Dans son travail de thèse réalisé en 2017, Gaume, montre que : « plusieurs médecins s'interrogent sur leurs capacités à délivrer une information en APA à leurs patients, du fait de leur méconnaissance en activité physique. » Les médecins, n'étaient pas opposés à réaliser une prescription écrite d'activité physique, s'ils étaient formés. Le manque de connaissance en APA

était donc pour eux, un obstacle à la prescription écrite.(66) Le manque de formation des médecins généralistes, était également cité comme frein à la prescription dans l'étude de Anis Julien en 2015.(67) L'étude de Attalin(68) rapportait que « 71 % des médecins généralistes Montpelliérains interrogés reconnaissent un manque de formation dans le domaine de l'APA et 52 % étaient intéressés par une telle formation ». Enfin, une étude quantitative plus récente, Lilloise, sur le vécu des médecins généralistes et les freins à la prescription d'activité physique, au sein du réseau « Sport santé sur ordonnance », montre une nette amélioration de la prescription d'APA après avoir reçu une formation à ce sujet. Par ailleurs « 79% des médecins étaient d'accords pour dire qu'une formation est nécessaire, avant de prescrire de l'APA. » Cela confirmait bien le ressenti du manque de connaissance, même après qu'un dispositif sport santé soit créé et fonctionnel. **Notre étude est en concordance avec la littérature mais les aboutissants changent. Effectivement, les médecins rapportent toujours un manque de connaissance au sujet de l'APA mais la création et le développement du dispositif BSO, permet de faciliter la prescription écrite d'APA, en contournant le frein identifié « manque de connaissance ». Pour les médecins généralistes, la formation en APA n'est plus obligatoire pour prescrire grâce au transfert de compétences, que permet le dispositif. Ils ne disent pas avoir perdu l'intérêt pour cette formation, mais que celle-ci n'est pas prioritaire, car les médecins sont toujours en manque de temps et ils peuvent à présent confier leurs patients à des professionnels formés à l'APA.** Ceci est en concordance avec l'étude de Rucar, dans laquelle peu de médecins, environ « 54%, avaient prescrit de l'APA au moins une fois et seulement 19% au moins cinq fois, après avoir reçu une formation. »(11) La formation est donc nécessaire mais pas suffisante. Mais le frein « manque de formation » n'est pas ou plus discriminant pour prescrire.

Sur le thème de la connaissance, dans notre étude, le frein majeur au développement de la prescription écrite, semble être plus particulièrement, le manque d'information des médecins sur l'APA en général, et sûr le dispositif d'APA lui-même. Beaucoup de médecins, disent ne pas être au courant de l'existence du dispositif BSO et ne peuvent donc pas y adresser leurs patients. **La littérature est concordante.** Dans l'étude de Rucar, « la moitié des médecins interrogés, considèrent ne pas être suffisamment informés sur les dispositifs législatifs, réglementant la prescription d'APA et 75% d'entre eux, se disaient insuffisamment informés sur le plan régional sport santé bien-être ».(11) Par ailleurs, on retrouvait ce frein à la prescription déjà en 2014, dans le travail de thèse de Pellegrin « les médecins interrogés ne savent pas vers qui orienter

leurs patients, après une prescription d'AP ».(69) Pourtant, la possibilité de les orienter vers un éducateur sport santé, ou vers un réseau sport-santé, a été identifié comme facilitateur de la prescription d'APA, dans le travail de thèse de Chebra en 2016.(8) Une autre étude de 2013, montre aussi que « les médecins sont mal informés sur la présence des professionnels, exerçants dans leurs secteurs géographiques, qui puissent assurer le suivi de ces thérapeutiques ».(50) Pour palier à cela, le gouvernement a demandé la création d'un référentiel des enseignants en APA, pour définir la profession. Cela devait permettre aux médecins de savoir, selon la pathologie de leurs patients, s'ils devaient l'adresser à un professionnel paramédical (masseur-kinésithérapeute), ou à un enseignant en APA. Les médecins interrogés dans l'étude de Gaume en 2017, ne connaissent pas cet outil.(66) Cela montre encore le manque de diffusion de l'information en général, même sur des outils existants. Dans une étude réalisée en 2018, sur le vécu des patients au sein du dispositif BSO, des résultats similaires étaient retrouvés. « Une seule patiente a été en contact avec le dispositif « Bougez sur ordonnance », grâce à l'information donnée par un médecin. Les autres participants, avaient été informés par d'autres intervenants (médias, assistante sociale, médiatrice, associations...) ».(12) Pourtant tous les médecins de Vauvert (une dizaine), ont été bien informés. D'ailleurs un médecin siégeait au comité de pilotage du dispositif. Dans la mise en place du programme, de nombreux moyens étaient pourtant utilisés, pour promouvoir l'information auprès des professionnels de santé. Un listage des médecins de la ville, et plus précisément, des médecins des quartiers cibles, avait été réalisé au préalable. L'association « Nîmes sport santé » avait ensuite transmis aux professionnels les documents et outils pour orienter et prescrire une AP aux patients. Pour finir, un affichage promotionnel dans les salles d'attentes avait été fait. La conclusion était que les médecins ne semblaient, malgré tout, pas très actifs dans la promotion du dispositif. Ce n'est pas un phénomène inconnu, dans l'étude de Anis « plus de 39% des médecins interrogés, ne connaissaient pas le réseau « Picardie en forme » qui était pourtant très présent dans tous les théâtres d'informations, pour les patients comme pour les professionnels de santé ».(67) Dans son étude en 2016, Chebra montrait que « la majorité des médecins qui ne prescrivent pas d'APA, sont prêts à le faire, si l'on répondait à leurs besoins exprimés en structures adaptées ». (8) D'autre part, l'étude de 2018 de Rucar, montrait que l'APA était peu connue par les patients. « Environ 56 % des médecins disaient n'avoir jamais eu de demande de prescription d'APA par leurs patients ».

Notre étude montre plutôt, que la demande de prescription vient des patients. Elle est plutôt en contradiction avec la littérature sur ce point.

Notre étude montre aussi que la création d'un dispositif d'APA, facilite la prescription écrite des médecins. Encore faut-il que l'information autour du dispositif, soit diffusée de manière homogène et standardisée, pour tous les médecins. De plus, l'information sur le dispositif et sur l'APA semble être plus établie chez les patients.

### La motivation de la prescription d'APA

Premièrement, il est clair que la motivation des médecins semble fortement liée à leur degré de sensibilisation à l'APA et au dispositif BSO.

**Un autre des freins les plus importants, à la motivation de prescription, qui est retrouvé dans notre étude, est le manque de temps. C'est une donnée que l'on retrouve dans plusieurs études.**

« Les médecins abordent le sujet, le plus souvent, lors de renouvellement de traitement, plus particulièrement chez des patients à risques cardio-vasculaires, mais aussi lors du premier contact avec un nouveau patient. Ils évoquent toutefois le manque de temps ». Gaume(66) Dans l'étude d'évaluation du programme d'activité physique à Chambéry, "Bouger sur prescription" effectuée en 2014 par Reinert-Giraud, « les médecins inclus dans un programme de prescription de l'activité physique, soulignent la nécessité d'un temps dédié afin de favoriser l'échange et une relation médecin patient de qualité nécessaire, à l'observance de toute prescription ». (64) Le manque de temps nécessaire à la prescription d'APA est souligné, comme la difficulté principale. Dans son étude, Anis montre également que « l'AP est souvent évoquée en fin de consultation, ce qui ne laisse au praticien que quelques minutes pour faire l'état des lieux de la pratique du patient. » (67) Il semble également, que les médecins en zone rurale aient moins de temps à y consacrer que les médecins en zone urbaine. Ainsi, la désertification médicale, n'aide pas au développement de la prescription d'APA. Cependant, les médecins en ruralité sont motivés pour que plus de structures d'APA se développent, pour y envoyer leurs patients. Dans son étude de 2011, A. Faure montre que les médecins interrogés sont sceptiques sur la mise en application de la prescription écrite. « Ils rapportent un temps de consultation limité, avec un nombre important de problèmes à régler, pour une même consultation. La prescription d'activité physique leur apparaît comme chronophage, car nécessitant tout un

travail d'explication associé à la délivrance de l'ordonnance ».(70) Dans une revue systématique de 2011 de Herbet et coll(71), à partir de 19 études menées aux Etats Unis, en Europe, en Australie et au Canada, « le manque de temps est défini comme un des trois principaux freins à la prescription d'AP, avec le manque de connaissance et le peu de réussite, à faire changer de les patients de comportements ». Aucune étude n'a été retrouvée pour mettre en corrélation l'âge des médecins et la motivation à prescrire de l'activité physique. Dans notre étude, aucune conclusion réellement scientifique n'a été démontrée. Il a semblé que les médecins les plus jeunes étaient les plus motivés en général pour prescrire de l'APA, mais le faible échantillon étudié, montre seulement une tendance.

**Dans notre étude, les médecins sont motivés par la dimension sociale de la prescription d'APA.** Ils sont heureux, de proposer une nouvelle solution thérapeutique de prévention à leurs patients. Leur rôle de médecin généraliste en est renforcé, selon eux. Sur ce point, les données de la littérature divergent. Notamment dans son étude, Gaume, montre que « certains médecins estiment, que cette prescription écrite va au-delà de leur rôle »(66) « Les médecins ne sont pas tous d'accords quant à l'engagement qu'ils doivent avoir dans l'AP de leurs patients. Ils s'accordent pour affirmer le caractère universel de l'activité physique, et l'importance de leur rôle, comme incitateurs à l'activité physique, mais certains dénoncent le caractère trop moralisateur et paternaliste de la prescription écrite ».(66) **Dans notre étude, les médecins sont motivés par l'évolution de la relation avec leurs patients.** Ils disent même, au contraire, être heureux de sortir du paternalisme culpabilisant de la prescription orale pure. Cela crée un véritable contrat de confiance avec les patients. Ce dernier résultat est donc en contradiction avec la littérature. Effectivement, les médecins ne semblent pas tous d'accord, sur le fait de raccorder le terme de « paternalisme culpabilisant », à la prescription orale ou écrite. Dans cette étude tous les médecins étaient heureux de voir leur patients motivés et heureux de leur insertion au sein de groupe d'APA, ainsi de pouvoir proposer une solution réelle à leurs patients et non pas juste des conseils oraux. Peut-être, cela est à mettre sur le compte du développement progressif du dispositif. Par ailleurs, nos résultats sont en accords avec ceux de l'étude de Chebra, dans laquelle, « 94,8% des médecins interrogés pensent que la prescription de l'activité physique, est le rôle du médecin généraliste », 82% des médecins selon une étude de l'institut IFOB.(72)

La motivation des médecins, se fait aussi autour du terme de « thérapeutique non médicamenteuse ». Ils sont contents de pouvoir proposer quelque chose de nouveau et de complémentaire, en sortant de la médication chimique avec l'adhésion de leurs patients. L'efficacité de l'activité physique adaptée est prouvée, mais aussi vécue par les médecins, via les retours patients. Cela renforce aussi la relation de confiance médecin-patient et motive à prescrire plus selon eux. On retrouve dans la littérature cette notion d'adhésion des patients aux TNM, et de son impact sur la relation médecin patient. Une étude sur « le rapport des français et des européens à l'ordonnance et aux médicaments », montre que « (83%) de la population interrogée serait d'accord, pour substituer les prescriptions médicamenteuses par des règles hygiéno-diététiques quand cela est possible, 8 patients sur 10 déclarent avoir confiance dans un médecin sachant remplacer certains médicaments par des conseils utiles ».(73) « La prescription donne un cadre sécurisant au patient, car elle s'appuie sur une décision médicale ». « *Le fait que ce soit prescrit sur ordonnance ça donne un peu plus confiance. Je ne sais pas comment vous dire, ça fait un peu moins peur d'aller faire du sport je pense* ».(12) Cependant là encore, malgré l'engouement des médecins pour les INM, l'étude montre des freins à leurs prescriptions, en rapport avec une disparité vis-à-vis des territoires, toujours présente. Le rapport de la HAS sur les thérapeutiques non médicamenteuses, résume bien les obstacles retrouvés dans cette étude « il existe en France des inégalités d'accès à l'offre en matière de suivi des thérapeutiques non médicamenteuses. Elles découlent en partie de disparités de répartition des professionnels de santé. Le défaut de cette offre, induit un phénomène de renoncement à la prescription des médecins car l'absence de structure rend leurs préconisations inefficaces ».(3) **Les médecins de notre étude, estiment que le dispositif est encore trop récent, mais que c'est un bon début pour amorcer un changement de pratique.**

**L'étude montre que les médecins sont motivés, par la propre motivation de leurs patients.** Les patients sont en demande d'APA, car ils en ont entendu parler et vont voir leur médecin généraliste pour avoir une prescription. Concernant la motivation des patients, les médecins insistent sur l'importance de l'entretien motivationnel. C'est un déterminant essentiel de la prescription des médecins en APA, cela constitue selon eux une phase indispensable et prioritaire de leur consultation à ce sujet, pour s'assurer de l'observance des patients et donc de la réussite de leurs prescriptions. On retrouve cette nécessité de l'entretien motivationnel dans la prescription d'APA dans la littérature. « Un changement d'habitude, nécessiterait un véritable travail d'éducation thérapeutique, nécessitant des techniques d'entretien

motivationnel », Anis.(67) L'entretien motivationnel est un outil important, pour tous les médecins interrogés et nécessite une formation. De plus, l'entretien motivationnel prend du temps. Les médecins sont d'accord sur ce point, l'entretien motivationnel pour l'APA, nécessiterait un temps dédié. Cela est en concordance avec la littérature. Selon une enquête parisienne(74), « une consultation dédiée à promouvoir l'activité physique régulière est motivante pour les patients, (une augmentation de 24% de pratiquants est observée après la consultation) ». « Cette consultation pourrait donner un cadre, et le temps nécessaire pour aborder les différents aspects de l'activité physique avec le patient, et discuter de ses difficultés. ». (8) Reinert-Giraud a étudié l'avis de médecins inclus dans un programme d'activité physique adaptée. « Ils soulignent la nécessité d'un temps dédié, afin de favoriser l'échange et une relation médecin patient de qualité, nécessaire à l'observance de toute prescription. »(64)

**Un des freins évoqués par les médecins généralistes de notre étude, est le manque de valorisation de la consultation en APA,** surtout, compte tenu du temps nécessaire pour la réalisation d'un entretien motivationnel. Les médecins proposent une valorisation de l'acte par une cotation particulière, mais cette valorisation est discutée, certains médecins mettent en avant la possibilité de fragmenter les consultations, en faisant revenir les patients pour une consultation « G » mais pour parler d'APA. On retrouve cette notion dans certaines études. « Le manque d'honoraires spécifiques, n'est pas un fort facteur limitant la prescription d'AP. Les médecins disent pouvoir s'adapter, pour participer de manière active à la prévention. Une reconnaissance pécuniaire spécifique, pourrait tout de même améliorer la motivation des médecins, mais n'est pas exigée ». Anis(67) « Une reconnaissance financière de ce type de consultation, permettrait de dégager du temps spécifique ». (64) La conclusion de cette étude était en concordance dans l'étude de Rucar, « une consultation dédiée, pourrait permettre de limiter le frein manque de temps et induire une valorisation de l'APA aux yeux des patients, dans sa première évaluation clinique et dans les objectifs à atteindre et pourrait renforcer leurs motivations. De plus, cela permettrait de ne pas noyer cet acte dans une consultation classique, en rapport avec sa pathologie. »(11)

**Sur la question de la prise en charge financière, sur un plan motivationnel, les avis sont divergents.** Certains médecins se sentiraient plus investis, si l'APA était totalement prise en charge, via la CPAM ou par une mutuelle. D'autres, considèrent que les patients peuvent prendre en charge une partie des frais et surtout éviter les abus. Mais, tous pensent que l'aide

partielle des collectivités est une bonne chose pour motiver les patients, donc, pour faire évoluer les prescriptions. Ces résultats sont en accord avec la littérature. Dans son étude, Gaume, montre que « certains médecins évoquent la possibilité de remboursement pour les prescriptions d'AP, mais que les avis divergent également. »(66) Les médecins sont plutôt opposés, citant d'autres situations où le remboursement leur paraît plus important dans une étude de l'IFOP de 2015.(72) « Ils souhaitent un cadre strict à ces prescriptions, en particulier en terme de remboursement, afin de ne pas créer de situations conflictuelles avec des patients qui demanderaient le remboursement des frais liés à leurs sports, de façon abusive ». Dans l'étude de Pitarch, les médecins pensent que « la participation financière du patient, fait partie de sa responsabilisation et de son implication ».(75) Concernant la motivation des patients, certaines études, comme celle de Pasquier(76), ou encore celle de l'Euro baromètre de 2010,(77) montre que « la gratuité est un facteur favorisant l'adhésion de certains participants, mais qu'il n'est probablement pas le plus important, dans leur prise de décision. » **Cependant, dans notre étude, les populations étaient de toutes catégories socio-économiques.**

Il est important de signaler qu'au sein du dispositif BSO, on constate qu'il est difficile pour les participants, à la fin du programme, de s'inscrire vers d'autres associations ou clubs sportifs, cela notamment, à cause du financement des cotisations obligatoires annuelles demandées. Ceci est en concordance avec l'étude du Pr Gasparini(78), « le principe de gratuité apparaissait comme un caractère déterminant, pour la quasi-totalité des patients, dans leur prise de décision de participer au programme « Sport santé sur ordonnance ». Dans l'étude de Rucar(11), « 65% des médecins indiquent que leurs patients, les ont questionnés sur les conditions de remboursement de la prescription d'APA et 57% avaient obtenu des refus de prescription du fait du non remboursement ». Cela montre bien que le financement de l'APA est un frein important de l'évolution de la prescription d'APA. Bien sûr cela va dépendre des catégories socio-professionnelles et du niveau social des territoires concernés. Dans cette même étude, « 82% des médecins affirment que le non-remboursement est un frein à leurs prescriptions d'APA. Par ailleurs, seulement 33% en connaissent les moyens de prise en charge en particulier par les mutuelles ».(11)

## Les moyens

Différentes études, Chebra(8), N. Pellegrin (69), classent les réseaux d'activité physique adaptée au premier rang des besoins des médecins généralistes. « Il faut encadrer précisément la prescription écrite d'AP et faciliter le recours des médecins aux professionnels du sport. Les médecins interrogés, ne savent pas vers qui orienter leurs patients, après une prescription d'AP ». Quatre années plus tard,  **dans notre étude, les médecins ont des avis plutôt positifs vis-à-vis du dispositif BSO créé en Occitanie pour répondre à leurs besoins.** Ils parlent d'une solution pour eux et pour leurs patients, ainsi que d'un véritable réflexe de prescription d'APA, en cours de constitution. Ils évoquent les freins du dispositif, mais sont conscients que celui-ci est récent, et qu'il va falloir du temps, pour le faire évoluer et aller vers une généralisation de l'APA sur le territoire.

Les études précédemment citées, montrent toutes un besoin de sensibilisation en APA, de diffusion d'information en matière d'offre d'encadrement en APA. La promotion via des flyers et affiches publicitaires et campagnes publicitaires locales, via des magazines avait déjà été proposée.  **Dans notre étude, la promotion de l'APA en Occitanie n'a pas l'air suffisante, malgré toutes les actions entreprises, Il faut donc augmenter les moyens pour créer de nouveaux outils.** Pour tenter de répondre aux besoins, le dispositif BSO a mis au point, en 2019, des chevalets publicitaires pour les cabinets des médecins, dans le but de faire penser à la prescription, à la fois les prescripteurs et les patients.  **Dans notre étude, les médecins proposent la création de questionnaires pour les patients en salle d'attente pour les sensibiliser, et ainsi créer un motif de consultation activité physique adaptée, venant des patients.** La sollicitation des patients est une bonne chose selon les médecins, ils pensent que l'hyper-sollicitation des médecins peut être à l'origine d'oublis.

La construction d'un réflexe de prescription, passe également par une meilleure communication entre professionnels. Dans les études de Anis(67) et Pitarch(75), on s'aperçoit que les médecins ne connaissent pas les professionnels en APA de leurs territoires, malgré les outils mis à disposition, que ce soit par la HAS ou les collectivités locales.  **Dans notre étude, on voit que la mise en place du dispositif BSO crée du lien.** Les éducateurs spécialisés vont à la rencontre des médecins et même parfois l'inverse. La création de cet outil semble donc pouvoir

lever le frein relationnel. On observe toutefois que cela nécessite une certaine motivation de la part des médecins. **Cependant les médecins s'interrogent sur le manque de retours sur le programme que suivent les patients au sein de la structure.** En général les médecins trouvent insuffisante et aléatoire la communication avec les éducateurs APA. Il n'a pas été retrouvé de problème similaire de communication interprofessionnelle dans la littérature, probablement car la création de réseaux sport santé est plutôt récente.

Les médecins proposent la création d'un outil informatique connecté au logiciel médical, avec rappel à la prescription d'APA, pour les patients susceptibles d'être inclus dans le dispositif. Une idée de demande dématérialisée, via logiciel informatique a été proposée. Cette idée n'a pas été retrouvée dans la littérature, sans doute car elle paraît très difficile à mettre en place. Mais, avec l'évolution toujours croissante de notre société connectée, l'idée est innovante et donne de belles perspectives.

**Dans notre étude, Il y a une vraie volonté de développement et de rapprochement de la structure d'APA avec l'univers médical.** Les médecins proposent d'Intégrer les structures d'APA au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, pour penser à l'APA plus facilement et même y avoir un rôle renforcé. L'idée de la création de maisons collectives préventives a été émise. Les médecins ne sont pas contre l'existence de plusieurs voies de délivrance d'APA, (dispositifs d'APA, kinésithérapeutes, centre social...). La généralisation et la centralisation des dispositifs d'APA autour des MSP est largement attendue. Ces résultats sont généraux. Effectivement, dans l'étude de Rucar, « 81% des médecins ont exprimé des difficultés pour trouver des structures d'APA pouvant prendre en charge leurs patients, 23% seulement, ont été contactés directement par les structures existantes, montrant le manque de solution aujourd'hui, pour la prise en charge des patients dans une structure d'APA. Cependant, il est vrai que cela peut dépendre des territoires. Dans l'étude d'Onarx (79), les médecins se disaient satisfaits de l'offre de structure en APA, malgré une saturation d'accueil trop rapide.

**Sur le plan financier, concernant l'idée, des médecins généralistes de notre étude, vis-à-vis d'une consultation dédiée et de la valorisation de la consultation, l'absence de rémunération spécifique est évoquée dans la littérature, ainsi que l'émergence d'une discussion sur une cotation spécifique.** Dans l'étude de Gaume(66) « les médecins proposent plus particulièrement une cotation consultation longue et entretien motivationnel ou de fragmenter les consultations ». Dans son rapport de 2011, la HAS indiquait que le développement de la prescription des

thérapeutiques non médicamenteuses est conditionné par l'évolution des modalités de rémunération, afin d'inciter les médecins à consacrer du temps nécessaire aux étapes de la consultation. 73% des médecins, dans l'étude de Rucar, sont d'accords pour la création d'une consultation spécifique avec une cotation spécifique.

**La question de la prise en charge générale de l'APA n'était pas vraiment abordée au cours de nos entretiens, mais le thème a souvent été évoqué par les médecins.** Dans l'étude de Gaume,(66) « La plupart des médecins s'interrogent quant au rôle de la sécurité sociale dans le projet, et sont plutôt opposés à une prise en charge financière de l'activité physique. Si celle-ci devait s'envisager, ils souhaiteraient un cadre strict lié à sa prescription, pour éviter toute forme d'abus ». Dans l'étude de Pitarch (75) « la participation financière du patient fait partie de sa responsabilisation et de son implication ». Pour Lang et coll, « l'investissement personnel financier envisagé dans la pratique d'AP est non significatif par rapport aux revenus ».(80) Selon l'étude de l'IFOP, « les médecins souhaitent que l'activité physique soit prise en charge par la caisse primaire d'assurance maladie (39% des médecins), par les mutuelles de santé (35% des médecins), et par les sujets concernés (15% des médecins). »(72) **Notre étude retrouve des résultats similaires à la littérature.** Effectivement, les médecins pensent que la gratuité, ou du moins l'aide financière de l'APA, motive les patients. Certains aimeraient que l'APA soit prise en charge, car elle touche à la santé publique et engendrerait des économies de santé à long terme. Certains médecins estiment très important que l'APA ne soit pas prise en charge par la sécurité sociale, pour des raisons politiques et pour qu'il n'y ait pas d'abus. Comme rapporté dans l'étude de Rucar(11), la HAS dans son rapport de 2018, met l'accent sur le problème économique qu'engendrerait la généralisation de cette thérapeutique non médicamenteuse, en prenant exemple, sur le « réseau sport santé sur ordonnance ».« Gratuit la première année, il coûte 400 euros par patient la deuxième année. Ce réseau repose sur un statut local et le coût est financé par la ville, l'ARS locale et le DRDJSCS. Sans dispositif législatif cadrant il ne sera pas aisé d'appliquer ce financement au niveau national. »(3), « De plus, il faut rappeler que le décret d'application stipule de façon précise, la non-participation de l'assurance maladie dans la prescription d'activité physique adaptée ».(7) Selon Rucar,(11) « certaines études, montreraient que faire financer la totalité de la prescription par le système de soins pourrait avoir un impact néfaste et engendrer une « sur-prescription » d'APA, mais la réalité montre

pourtant que les situations de précarités nécessiteront sans doute, la mise en place d'aides spécifiques supplémentaires. »

## **Les relations professionnelles en APA**

Les retours sur cette nouvelle pluridisciplinarité, concernant l'activité physique adaptée ne sont pas nombreux, car il s'agit d'une donnée récente en cours de construction. Dans son étude de 2013, Persson(81) introduisait une notion nouvelle : la délégation de prescription. « Les médecins interrogés, sceptiques sur la prescription écrite en AP dans leur pratique, souhaitaient plutôt la voir faite par d'autres professionnels. Les médecins ne se sentaient pas capables de prescrire et étaient plutôt favorables pour que la prescription d'APA soit faite par des spécialistes. » On note une évolution progressive des mœurs Déjà en 2017, Gaume montrait que « la délégation de prescription n'a pas été évoquée dans son étude, malgré les doutes de certains interviewés. » Cela était plutôt positif, « montrant une certaine volonté des médecins de l'Hérault à s'engager dans la promotion de l'activité physique. »(66) Également en 2016, Chebra montrait que « les médecins considéraient la prescription de l'activité physique comme un de leurs rôles, mais que néanmoins, la prise en charge de l'activité physique est pluridisciplinaire et ils le confirment en précisant, qu'ils auraient besoin de s'appuyer, en fonction de la situation, sur d'autres professionnels (médecins du sport, kinésithérapeutes formés à l'activité physique, éducateurs médico sportifs, psychologues du sport, cardiologues du sport, spécialistes en traumatologie du sport ».(8)

**Avec la mise en place du dispositif BSO, on voit que cette pluridisciplinarité devient un des déterminants essentiels des prescriptions d'APA. Dans notre étude, les médecins se sentent soulagés, en confiance avec les éducateurs APA, pour leurs patients et avec eux-mêmes. Les médecins parlent d'un transfert sécurisé de compétences.** Le patient est vraiment au centre d'une interaction pluridisciplinaire. Cependant, il existe un point de divergence avec l'étude de Rucar, où, « les médecins restaient mitigés sur le fait qu'ils soient insuffisamment informés quant aux qualifications des professionnels prenant en charge leurs patients. » Une étude récente de 2017 de Onarx a montré que « les médecins généralistes souhaitent que les professionnels de santé, prenant en charge leurs prescriptions en APA, reçoivent une formation spécifique uniformisée à l'activité physique adaptée, leur apportant les connaissances

médicales des pathologies qu'ils auraient à prendre en charge.(79) Ceci était en concordance avec l'étude de Tulloch et coll, qui montrait que pour « obtenir la plus grande efficacité à long terme des prescription d'APA, il est nécessaire de faire collaborer un médecin prescripteur initiant la démarche et orientant le patient, avec un professionnel ayant les compétences spécialisées en évaluation de l'activité physique, ainsi qu'un certain langage commun indispensable ».(82) **Dans notre étude, les médecins n'ont pas fait part d'un besoin de vérification des qualifications des éducateurs spécialisés en APA.** Ils faisaient confiance au dispositif BSO. Les médecins avaient, il est vrai, étaient normalement sensibilisés à ce propos, lors de la présentation du programme.

**D'autre part, selon les médecins de notre étude, il existe tout de même un frein à la prescription au niveau du suivi des patients.** Les médecins se plaignent d'un manque de retour, de la part des éducateurs APA concernant leurs patients. Il faudrait améliorer les moyens de communications entre les professionnels. Cela est en accord avec la littérature, dans l'étude de Rucar, les médecins mentionnent l'amélioration du retour de prise en charge des professionnels encadrant l'APA, comme levier de prescription.(11)

**Certains médecins de notre étude, semblent intéressés par avoir un rôle renforcé au sein du dispositif.** Surtout, si la structure se trouvait au sein du lieu de travail. L'objectif serait de sortir du cadre de la consultation. Cela permettrait aux médecins, d'être plus proche de l'éducateur et diversifier la pratique quotidienne, et ainsi prescrire plus d'APA.

Pour renforcer les relations professionnelles, les médecins proposent différents outils de partages d'expériences, comme par exemple, de réaliser des réunions présentielle avec les éducateurs spécialisés en APA, pour parler des patients mais aussi du dispositif. Ils proposent un outil informatique de communication entre médecins et éducateurs, qui marcherait dans les deux sens. Ils ont toujours cette volonté d'intégrer les éducateurs APA au sein des MSP. Ces propositions sont innovantes, elles n'ont pas été retrouvées dans la littérature.

### III. Forces et limites de l'étude

#### 1. Limites de l'étude

Les limites d'une étude, peuvent être définies par les biais que celle-ci peut comporter.

**Biais de recrutement :** Environ 70 médecins ont été contactés pour participer à l'étude, mais seulement 9 médecins ont bien voulu participer. Les médecins avaient été contactés au préalable par courriel. Le taux de réponse était alors très faible, environ 3 médecins sur 70. Il est possible que ces courriels aient été « noyés », parmi les nombreux autres que peuvent recevoir les médecins généralistes au quotidien, ou encore, passés inaperçus dans les courriels indésirables. Le recrutement par contact téléphonique a été fait au fur et à mesure des entretiens et a été arrêté quand les entretiens ont permis d'obtenir une saturation des données, limitant le nombre de médecins participants à l'étude.

**Biais de compréhension et formulation :** Les premières questions du guide d'entretien étaient au départ faites, pour poser les bases du thème de l'étude et vérifier les acquis concernant l'APA. Il s'est avéré que tous les médecins n'avaient pas le même niveau de représentativité de l'APA. Cela a pu entraîner un biais de formulation, notamment entre le terme activité physique adaptée et le terme sport. Le modérateur n'est pas intervenu et cela a permis l'émergence de thèmes différents, développés dans l'étude. Ce même biais était retrouvé dans l'étude de Gaume.(66), et souvent dans les études qualitatives thématiques en générale.

**Biais de variabilité :** Il s'agissait de la première étude qualitative de ce type pour le chercheur, les réponses des participants ont pu être orientées par celui-ci, malgré l'attention particulière et permanente à l'éviter, en restant au maximum proche du guide d'entretien. De plus, malgré plusieurs relances et reformulations, certains médecins n'ont possiblement pas verbalisé l'ensemble de leur point de vue. Par ailleurs, les groupes focus ont été réalisés en présence d'un modérateur secondaire, qui se trouve être très impliqué dans la création et le développement du dispositif BSO, malgré l'attention particulière portée par le chercheur ou modérateur principal, quant au suivi du guide d'entretien, il est possible que quelques questions sortantes du cadre pré défini aient été posées, orientant alors les réponses des médecins.

**Biais d'interprétation :** Le chercheur a analysé seul les verbatims. L'analyse des verbatims, n'a pu être triangulée, entre le chercheur et son directeur de thèse, qu'au sujet des focus groupes et simplement à l'oral. Les entretiens individuels ont été réalisés exclusivement par le chercheur. Les debriefs oraux des focus groupes avec le directeur de thèse, ont permis de noter une concordance d'analyse, mais une triangulation sur l'ensemble des verbatims aurait amélioré la qualité du travail, en minimisant le risque de biais d'interprétation.

## 2. Forces de l'étude

Notre étude est originale et s'inscrit dans une démarche de santé publique. L'activité physique adaptée est au cœur de l'actualité médicale, en tant que thérapie non médicamenteuse en soins premiers. Il s'agit de la première étude, sur le vécu des médecins au sein du dispositif « Bougez sur ordonnance ». Elle vient compléter une étude sur le vécu des patients dans ce même dispositif.(12) Des études similaires, ont toutefois, été réalisées sur d'autres dispositifs d'APA mais aucune en région Occitanie. Plus de deux ans après la mise en place du cadre législatif et plus de quatre ans après la création du dispositif BSO, il était intéressant d'analyser le ressenti des médecins, acteurs de la prescription d'APA, et de faire le point sur l'évolution des freins à cette prescription, à la suite de la mise en place du dispositif.

Le type d'étude était adapté à la question de recherche. En effet, l'utilisation d'un guide d'entretien à questions ouvertes exclusives a permis la libre interprétation des médecins qui créait la discussion. Leurs vécus pouvaient donc être analysés sans freins, surtout dans les entretiens individuels ou aucune question subsidiaire n'a été posée. Cette étude qualitative apporte une originalité face à des études quantitatives, sur le vécu des médecins prescripteurs via un dispositif d'APA. Notamment face à l'étude, la plus récente, de Rucar, sur le dispositif Sport santé sur ordonnance. (11)

Une revue exhaustive de la littérature a été réalisée, ce qui a permis une confrontation de données intéressantes. Des études sur l'APA, sont réalisées tous les ans depuis 2016 en Occitanie, notamment concernant l'avis des médecins Héraultais et du Gard. Cela a permis de s'appuyer sur une base donnée solide et de mettre en évidence une évolution des pratiques. De plus, il s'agit d'une étude multicentrique, les entretiens ont été réalisés dans plusieurs villes héraultaises et du Gard, pour une vue d'ensemble régionale.

Concernant le faible taux de médecins recrutés, il apparaît en réalité nécessaire, que celui-ci soit faible dans une étude qualitative, pour éviter l'amoncellement de données à analyser. L'important étant que la saturation des données soit atteinte, comme expliqué dans la 4ème édition de « l'analyse qualitative en sciences humaines et sociales » de Paillé et Mucchielli.(65)

#### **IV. Perspectives de l'étude**

Cette étude, montre que la mise en application d'un dispositif de délivrance d'activité adaptée, selon plusieurs déterminants est utile à l'évolution de la prescription d'activité physique des médecins généralistes. Cependant de nombreux freins limitent encore la « dynamique APA ».

##### **Les dispositifs APA, une solution pour une intervention thérapeutique trop peu connue.**

On le voit actuellement, malgré les efforts institutionnels et administratifs de ces dernières années pour la promotion du sport santé via les nouveaux plans de santé, les médecins généralistes restent largement insuffisamment informés quant à l'APA. Il en est de même pour les patients, bien que l'on observe un changement de tendance. Cependant, on observe que la présence d'un dispositif sport santé dans un territoire, contribue à améliorer les choses en matière d'information et de connaissance en APA. Les institutions poursuivent la promotion de l'APA, le changement prend du temps. Ainsi la stratégie nationale sport santé 2019-2024 s'inscrit dans cette dynamique. Elle vise à améliorer l'état de la population, en intensifiant la promotion de la santé et du bien-être par l'activité physique et sportive. Un grand point de cette stratégie, sera notamment, de développer l'offre en APA à des fins thérapeutiques. Ainsi, un des objectifs principaux est de favoriser le recours à la prescription et à la dispensation de l'activité physique adaptée et de renforcer la coordination interdisciplinaire.

Pour cela, le plan propose plusieurs actions :

- « - Recenser l'offre d'APA, la mettre à disposition du grand public et des professionnels et s'assurer de la qualité des pratiques proposées.
- Développer la pratique d'APA pour les personnes atteintes de maladies chroniques.
- Développer des activités physiques adaptées pour les personnes détenues. »

- Développer le recours à la prescription d'APA par les médecins.
- Développer les compétences des professionnels de santé et du sport, intervenant dans le champ de l'activité physique adaptée et favoriser l'interdisciplinarité. Un autre objectif est d'identifier des voies de solvabilisation de la pratique d'APA, à visée sanitaire en soutenant l'offre d'APA existantes et en explorer de nouvelles. »(30)

Pour rappel, le 14 octobre 2019, ont eu lieu les troisièmes assises du sport santé sur ordonnance, dont la thématique générale, était justement « la stratégie nationale du sport santé : une chance pour les territoires ». Aujourd'hui, il existe près de 100 dispositifs (réseaux municipaux, réseaux de santé, associations). « Ce développement d'innovations locales doit maintenant être soutenu par une politique nationale du sport santé ambitieuse, organisée et financée. Cette assise a été organisée, grâce au réseau national sport santé des Villes-Santé de l'OMS. Il a également été question d'annoncer la création d'une fédération des réseaux sport santé. » Cela contribuera à mieux organiser et à généraliser l'activité physique adaptée en France. Notre étude rentre dans le cadre de la poursuite du travail d'information et du développement de l'APA en Occitanie via l'amélioration du dispositif BSO.

### **La formation en APA des médecins**

Notre étude a montré que la mise en place d'un dispositif d'APA, a tendance à contourner le frein « connaissance théorique en activité physique adaptée », dans le but de prescrire de l'APA, en favorisant un transfert sécurisant de compétences. Cependant, les médecins ne se désintéressent pas de la formation en APA. Mais, dans la conjoncture actuelle d'une médecine surchargée, ils sont heureux de pouvoir prescrire de l'APA sans connaissance obligatoire. Ils sont tout de même conscients de l'importance de se former en APA et réfléchissent à intégrer l'APA à leur FMC, car il devient indispensable, avec l'augmentation exponentielle des maladies chroniques, de s'approprier cette TNM qu'est le sport santé. L'étude de Rucar montrait la nécessité de la formation des médecins généralistes, véritables acteurs clés dans la prescription de l'activité physique. Les outils à la formation des médecins, doivent donc être étudiés. Les médecins en exercice, souhaitent tendre vers « une uniformisation des formations avec un socle commun. Il faudrait inclure une formation APA au cursus médical pour les médecins de demain ».(11) Les pouvoirs publics ont la volonté de former les étudiants en médecine. « En

2015, l'Assemblée Nationale a voté un amendement quant à la formation en APA des étudiants en santé. Dans ce cadre, l'IRBMS propose des stages « sport santé », d'une durée de 3 mois, inclus au cursus des études médicales dans le cadre « du service sanitaire », où les étudiants sont invités à réaliser des actions de prévention. »(11) A la faculté de pharmacie de Montpellier, les étudiants réalisent des stages de prévention et promotion de l'AP via le dispositif « le grand défi vivez bougez ».

Notre étude reflète surtout la volonté des médecins, de se concentrer sur leur rôle de motivateur en prévention, donc, aux changements d'habitudes de leurs patients. La formation en entretien motivationnel est indispensable selon eux. Il faudra donc penser à se concentrer sur ce versant de la formation, pour les médecins actuels et de demain. Cependant les médecins insistent sur le manque de temps pour les formations. Il faut insister sur des formations courtes.

**La motivation à la prescription d'APA passe par la création d'un réflexe de prescription et donc par plus des moyens.**

« Le temps c'est de l'argent ». La médecine actuelle est régie par une obligation légale de moyens et morale de résultats. La multiplication des consultations de médecine générale est un problème, que ce soit à cause d'une population de moins en moins éduquée sur le plan médical, ou bien à cause du vieillissement de la population. Cette donnée est retrouvée dans toute la littérature et dans notre étude, les médecins sont surchargés. Cela est encore plus vrai en zone rurale où les médecins font face à la désertification médicale. Ils manquent de temps et cela est un véritable problème concernant l'APA, car cette prescription spécifique nécessite une attention toute particulière, et contient plusieurs étapes. Tout d'abord en explications, puis en entretien motivationnel. Une des perspectives à ce sujet, serait la mise en place d'une consultation dédiée valorisée, pour motiver les médecins à prendre le temps nécessaire à la prescription de l'APA. Dans l'étude de Rucar, les médecins étaient très en faveur pour une consultation dédiée, avec une cotation spécifique valorisée, à la fois pour « motiver plus de médecins à prescrire et pour valoriser l'APA aux yeux des patients. »(11) Dans notre étude, les avis des médecins divergent, même si une cotation spécifique est bienvenue, la solution de fragmenter les consultations est également proposée. Ils reconnaissent en revanche la

nécessité d'un temps supplémentaire pour une consultation valorisée spécifique en entretien motivationnel en APA.

Dans son travail de thèse, Gaume proposait la réalisation « d'une étude quantitative prospective, qui comparerait deux cohortes : l'une où les patients bénéficieraient d'une consultation dédiée prise en charge, débouchant sur une prescription d'APA écrite, évaluée lors de séances d'éducation thérapeutique. L'autre cohorte bénéficierait de la prise en charge actuelle. Cette étude permettrait alors d'évaluer l'efficacité et la nécessité d'une consultation dédiée en APA.

### **Une prise en charge financière généralisée complexe en cours d'étude**

La question de la cotation spécifique, amène à réfléchir également, à la prise en charge générale de l'APA en France. La question est complexe. Pour le moment, le financement se fait au niveau régional par des organismes privés et publics mais aussi par la participation des collectivités locales. Les médecins de cette étude, ont des avis différents. Cependant, la viabilité d'un financement régional se pose à long terme et les discussions sur un financement sur le plan national émergent. Le développement de projets pilotes d'APA en France comme Bougez sur ordonnance®, entraîne une réflexion sur l'application de modèles de financement applicables à l'échelle nationale. Toutefois il est nécessaire pour les pouvoirs publics, d'étudier les bénéfices de la prescription de l'APA, sur le plan financier avant d'agir. Effectivement, tout en faisant la promotion du sport santé, il est fondamental d'offrir une solution durable compatible avec la pérennité du système de protection sociale. Depuis 2015, dans une logique d'efficacité de dépense, une grande étude impulsée par le ministère des sports a été réalisée, pour estimer les bénéfices escomptés du développement de l'activité physique. Le compte rendu est paru dans « Sport ECO » le 31 janvier 2018.(39) « Le coût total de la sédentarité a été estimé en France, à près de 17 milliards d'euros par an. Le diabète de type 2 représente 18.6% de ce coût. Les troubles mentaux comme la dépression représente 1,4 milliards d'euros. Viennent ensuite d'autre maladie non chronique comme les lombalgies (17,4 %) et les autres troubles du métabolisme (14,5 %) ».(39)

Cette étude montre qu'une économie réalisée par la disparition de la sédentarité, a pu être estimée à 7,7 milliards d'euros. Aussi, elle a révélé le résultat strictement économique, que peut engendrer le développement de la pratique sportive, « en améliorant la performance

économique collective, grâce à son impact présumé sur la productivité ». Ainsi, « un salarié sédentaire qui se met à pratiquer régulièrement une activité physique et sportive peut voir sa productivité croître de 6 % à 9 %, ce qui peut représenter entre 2,5 % et 9,1 % de gains de productivité pour une entreprise. « Le financement des dépenses sociales (santé, chômage, famille, retraite, dépendance), étant intimement lié à la performance économique globale, un accroissement de la productivité par la pratique sportive permettrait d'améliorer la situation budgétaire des comptes sociaux ». Il est donc démontré qu'une politique de développement de l'activité physique, pourrait en outre « jouer un rôle non négligeable sur les recettes, assises sur la performance économique des actifs ».(39) Cette étude met en lumière le potentiel considérable d'économies que la pratique de l'activité physique et sportive pourrait générer sur les systèmes de protection sociale solidaires. La promotion de l'activité physique offre des opportunités sur lesquelles une réflexion approfondie doit être menée.

Dans ce cadre, une nouvelle étude a été confiée à l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), par le Ministère des Sports, en partenariat avec la Direction générale de la santé (DGS). L'objectif de l'étude, vise à objectiver précisément l'impact économique sur les finances publiques, des politiques publiques de soutien de promotion des activités physiques et sportives. Cette action rentre dans le cadre du plan « stratégie de santé 2019-2024 ».

On comprend l'intérêt d'évaluer l'ensemble des projets pilotes, qui se créent en France, afin d'appuyer l'utilité d'une prise en charge à long terme de l'AP, à minima pour les patients en situation financière précaire et en ALD.

En attendant et devant les résultats de ces différentes études, certaines assurances et mutuelles s'investissent dans l'APA et proposent des moyens de financement et des inscriptions à des structures labellisées.

### **Volonté d'une pluridisciplinarité toujours plus forte**

Dans notre étude, et à la vue de la littérature, les médecins mentionnent le besoin d'améliorer les retours de prise en charge des professionnels encadrant l'APA, comme levier de prescription. Il faut travailler sur la communication entre éducateurs APA et médecins.

Différentes voies d'amélioration ont été proposées par les médecins de l'étude. Il semble exister une volonté d'un rôle renforcé au sein du dispositif pour certains médecins, passant par un partage d'expériences plus concret, via des réunions présentielles régulières, ou via la création d'outils informatiques de communication. Certains médecins, travaillant au sein de maisons de santé pluridisciplinaires, sont favorables à l'idée d'intégrer les éducateurs à leurs structures. Cela nécessiterait un plateau technique supplémentaire, ou bien, un partenariat avec les kinésithérapeutes.

De même, la présence d'un médiateur « chapeautant » l'APA au sein d'une MSP est une idée. D'ailleurs, une médiatrice sociale APA est déjà en place dans la commune de Vauvert. « La médiatrice a un rôle de « coaching » auprès des patients participants. En effet, elle a pour mission de se mettre régulièrement en contact avec les patients, tout au long du programme, afin d'évaluer leurs motivations, leurs difficultés et leurs pratiques par le contrôle du carnet de suivi. Elle organise des séances supplémentaires de marche en groupe, ainsi que des ateliers de cuisine avec l'aide d'une diététicienne. »(12) Dans son travail, Jouanjean(12) proposait déjà en perspective, d'étudier l'impact de l'intervention d'une médiatrice social, sur l'adhésion et l'observance des patients, ainsi que sur l'investissement des médecins concernant l'APA.

### **De l'activité physique adaptée pour les patients les plus jeunes**

En perspective de son étude Jouanjean(12), posait la problématique de l'activité physique chez l'enfant. Effectivement, l'apprentissage des habitudes de vie se joue dès le plus jeune âge et il est indispensable d'avoir une action précoce auprès des enfants, tout au long de leur croissance. « Les résultats de l'Euro baromètre IRMES de 2016, montre que le niveau d'activité physique des enfants est étroitement lié à celui des parents. Le taux de pratique d'AP chez les enfants dont les parents exercent également une AP s'élève à 78%, alors qu'il descend à 61% lorsqu'ils n'en pratiquent pas.(83) Plusieurs actions existent déjà, pour promouvoir l'activité physique chez les jeunes. Par exemple, le programme « Ateliers Bougeons en famille », à Grenoble depuis 2016. Le Programme national nutrition santé (PNNS) sur son site internet « Manger Bouger », donne quelques idées d'exercices ou de jeux à réaliser avec ses enfants, afin de « bouger en famille », et donc, de promouvoir la pratique de l'AP chez les enfants de manière

ludique. Le programme « Promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique et prévention des pathologies chroniques », avait été réalisé en 2012 au sein d'une école élémentaire, menant des ateliers parents-enfants d'éducation à la pratique de l'AP et des règles hygiéno-diététiques, intégrées au programme d'enseignement scolaire.

La problématique principale est encore souvent financière, énormément de parents se trouvent dans l'incapacité de payer une cotisation en club pour leurs enfants. De plus, dans le cadre de l'APA, peu de structures sont habilitées à prendre des enfants atteints de pathologies chroniques.

Une voie d'amélioration très importante dans une dynamique de santé publique, serait l'élargissement du dispositif BSO à l'inclusion d'enfants atteints de pathologies chroniques, et n'ayant pas accès à l'activité physique.

### **Projet d'étude**

- Intérêt de réaliser d'autres études qualitatives, dans quelques années pour faire un autre bilan des besoins et attentes des médecins généralistes.
- Intérêt d'étude à grande ampleur, entre les différents programmes d'APA sur le plan national pour tendre vers un développement national standardisé ?

### **En Occitanie : les perspectives du dispositif Bougez sur ordonnance®**

- Faire un document d'analyse des risques.
- Construire un programme d'activité passerelle type.
- Créer un diplôme qui serait remis aux bénéficiaires une fois l'activité passerelle terminée.
- Intégration du dispositif BSO à Avitam (plateforme experte de monitoring, de prédiction et de prévention des maladies chroniques) pour la création d'un carnet de suivi et de prévention des maladies chroniques, hautement sécurisé qui permet de centraliser, protéger et partager les données médicales d'un patient avec son médecin.

## CONCLUSION

Depuis quelques années, l'incidence des maladies chroniques augmente de manière importante en France et à l'international. La sédentarité, a été identifiée comme le 4eme facteurs de risque de mortalité dans le monde. L'inactivité physique étant le 1er. La moitié de la population mondiale n'est pas assez active physiquement. Cela a des conséquences dramatiques, tant sur le plan médico-social, qu'économique. La littérature scientifique, désormais abondante, montre que l'activité physique, prend une place importante dans la prévention des maladies non transmissibles et dans le maintien d'une bonne qualité de vie, tant au niveau individuel que collectif. La lutte contre l'inactivité physique et la sédentarité est donc un enjeu de santé publique.

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics mettent en œuvre des actions et des plans de promotion de l'activité physique adaptée, pour lutter contre l'incidence exponentielle des maladies chroniques non transmissibles. En 2016, un décret de la loi de modernisation du système de santé apporte un cadre législatif quant aux professionnels autorisés à encadrer l'APA. Ce texte réaffirme la possibilité pour les médecins de prescrire de l'activité physique adaptée, aux patients atteints de maladies chroniques.

Sur le terrain, on observe que les changements d'habitudes et de comportements sont difficiles à mettre en place. Que ce soit au niveau des patients, mais également, au niveau de la prescription d'APA écrite des médecins. Il a été mis en évidence par différents travaux, ces cinq dernières années, différents freins aux changements de pratique, vis-à-vis de la prescription d'activité physique des médecins. Dans ce cadre, ont été créés des « dispositifs de Sport santé » un peu partout sur le territoire, sur l'impulsion des Directions de la jeunesse du sport et de la cohésion sociale et des collectivités territoriales et locales comme outils levier. Ainsi, en Occitanie se développe depuis 2014, le dispositif Bougez sur ordonnance®, qui a été un support pour notre étude menée en 2019.

L'objectif principal de notre étude était d'analyser les déterminants de l'évolution de la prescription en APA des médecins généralistes en Occitanie, en analysant leurs vécus, à la suite de la mise en place du dispositif BSO. Lors des interviews de cette étude qualitative. Il apparaît que l'évolution des pratiques de prescriptions en APA est en cours chez les médecins généralistes, les déterminants sont multiples. Tout d'abord, il est clair que l'implication des

médecins dépend fortement de l'information que chacun a reçu sur l'APA et le dispositif BSO. On observe que, plus les médecins ont été sensibilisés à l'APA et au dispositif plus leur adhésion est forte et plus leur pratique évolue facilement. Par ailleurs, une réelle motivation née chez les médecins généralistes en faveur de la prescription d'APA via le dispositif. Ils sont heureux d'avoir l'opportunité de faire évoluer leur pratique et de pouvoir proposer une nouvelle solution à leurs patients, une thérapie non médicamenteuse. Cela renforce ainsi leur rôle de médecin généraliste. De plus, la création de nouvelles relations interdisciplinaires avec les professionnels en APA, apporte un nouveau cadre sécurité-qualité de prise en charge pour les patients et pour eux-mêmes grâce à un transfert de compétences. Cependant, les médecins identifient plusieurs freins à l'évolution de leur pratique. Un des problèmes majeurs pour les médecins reste le manque de connaissance concernant l'APA et le dispositif BSO due à une diffusion de l'information insuffisante. Les médecins interrogés sont conscients de la nécessité de créer un véritable réflexe de prescription en APA, mais actuellement cela n'est pas encore le cas. Le manque de temps et l'obligation de prioriser les soins ainsi que le manque de valorisation de l'acte de prescription étaient des facteurs limitants à leur motivation. Le manque de moyens était également un frein important. Ainsi, la capacité d'accueil du dispositif était trop restreinte et l'existence d'une disparité importante d'accès à l'APA, selon les territoires, limitaient l'intérêt d'une prescription écrite en APA. Les médecins déploraient enfin, un manque de partage d'expériences et de communication entre les professionnels. Afin de lever ces différents freins et de développer un réflexe de prescription en APA, les médecins généralistes recommandaient que plus de moyens soient mis en œuvre pour généraliser et faire évoluer le dispositif, car pour eux, c'est un outil réellement utile qui gagnerait à être amélioré. Ils proposaient la constitution d'outils supplémentaires physiques et financiers pour une meilleure diffusion de l'information autour de l'APA, pour favoriser les communications entre professionnels et ainsi augmenter la motivation des médecins généralistes.

A la lumière de notre étude, il semble de plus en plus nécessaire, que les autorités concernées et notamment le ministère de la Santé, s'implique d'avantage et que des décisions soient prises en matière de financement. Les médecins ne semblent pas pouvoir prendre plus de temps pour une même rémunération. Dans ce cadre des études de chiffrage et d'estimations économiques, en vue de la généralisation de la prise en charge de l'activité physique par la sécurité sociale sont en cours. Elles auront pour but de guider au mieux les choix des décideurs, en matière de

politique publique. L'état et les organisations internationales en santé, continuent d'insister sur la promotion de l'activité physique à long terme, pour tenter de contrecarrer les effets mortels de la sédentarité dans le monde. Le plan Stratégie nationale de santé 2019-2024, ainsi que « la stratégie sur l'activité physique pour la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé 2016-2025 en sont les témoins.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Inserm expertise collective synthèse et recommandation\_2019\_ActivitéPhysiqueMaladiesChroniques\_Synthese.pdf [Internet]. 2019 [cité 14 avril 2019]. Disponible sur : [https://www.inserm.fr/sites/default/files/2019-02/Inserm\\_EC\\_2019\\_Activit%C3%A9PhysiqueMaladiesChroniques\\_Synthese.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2019-02/Inserm_EC_2019_Activit%C3%A9PhysiqueMaladiesChroniques_Synthese.pdf)
2. Activité physique principaux repères OMS 2018 [Internet]. 2018 [cité 20 novembre 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
3. Haute Autorité de Santé - Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. [Cité 20 novembre 2019]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees)
4. Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement travail. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Février 2016.
5. Expertise collective INSERM 2008 : « Répondre à la grande question : comment modifier durablement les habitudes de vie pour obtenir un effet favorable sur la santé et lutter contre la pandémie de maladies chroniques non transmissibles ? [Internet]. 2008 [cité 16 février 2019]. Disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>
6. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janvier 26, 2016.
7. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée | Légifrance [Internet]. 2016 [cité 8 août 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/2016-1990/jo/texte>
8. Fellague Chebra Abderrahim. Médecine générale et activité physique : quels sont les besoins à la prescription ? Lieu de publication inconnu : éditeur inconnu, 2016. 70 p.
9. Haute Autorité de Santé - Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé [Internet]. 2018 [cité 16 février 2019]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante)
10. Légifrance INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. [Internet]. 2017 [cité 16 février 2019]. Disponible sur : <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=42071>

11. Thèse Benjamin Rucar. Analyse du ressenti et des freins à la prescription d'activité physique adaptée pour le patient en affection longue durée chez les médecins généralistes ayant réalisé une formation à cette prescription. Faculté de médecine de Lille.2018. [Internet]. IRBMS. 2018 [cité 16 février 2019]. Disponible sur : <https://www.irbms.com/sport-sante-sur-ordonnance-le-ressenti-des-medecins-generalistes/>
12. Jouanjean Maud. Vécu des patients participant au dispositif Bougez sur ordonnance : facteurs influençant leur adhésion et leur observance / Maud Jouanjean ; sous la direction du Dr Michèle Cukier. Montpellier : Université de Montpellier diffusion/distribution ; 2018.
13. OMS. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé. 1946 juillet 19; New York. 1946.
14. Canguilhem Georges. La Santé : concept vulgaire et philosophique. 1990.
15. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de la santé publique. La santé en France 1994-1998. 1994.
16. René Dubos. L'homme et son environnement. [Internet]. 3e millénaire - Spiritualité - Connaissance de soi - Non-dualité - Méditation. 2014 [cité 9 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.revue3emillenaire.com/blog/lhomme-et-son-environnement-par-rene-dubos/>
17. Dr Lucien Mias. La santé mentale et le vieillissement. 1993.
18. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. 1978 [cité 1 avril 2019]. Disponible sur : [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
19. Haute autorité de santé. Note méthodologique et synthèse bibliographique Activité physique et sportive pour la santé promotion, consultation et prescription chez les adultes Septembre [Internet]. 2011 [cité 14 avr 2019]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/note\\_methodo\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/note_methodo_aps_vf.pdf)
20. plateforme CEPS. Définition et Classification INM [Internet]. 2019 [cité 14 avril 2019]. Disponible sur : <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/nos-services/classificationinm>
21. Agrinier N. Quelles définitions pour la maladie chronique. HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE.
22. Jaffiol C. Improving management of chronic diseases by generalist practitioner. Int J Med Surg. 2017.
23. Charles M, Larras B, Bigot J, Praznocy C. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR PRESCRIPTION EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX EN 2019 observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS).
24. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé. SANTE PUBLIQUE FRANCE. Etat de santé de la population française. Rapport 2017.

25. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity : global action for public health. The Lancet. 21 juillet 2012.
26. Esteban [Internet]. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur : /etudes-et-enquetes/esteban
27. Baromètre Attitude Prévention : les derniers résultats - Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur : <http://www.onaps.fr/boite-outils-et-ressources/ressources-bibliographiques/sport-et-aps/barometre-attitude-prevention-les-derniers-resultats/>
28. Rezende LFM, Sá TH, Mielke GI, Viscondi JYK, Rey-López JP, Garcia LMT. All-Cause Mortality Attributable to Sitting Time: Analysis of 54 Countries Worldwide. Am J Prev Med. 1 août 2016.
29. Pole ressource national sport santé bien-être. Plans régionaux sport santé bien-être analyse et santé 2014 [Internet]. 2014 [cité 16 févr 2019]. Disponible sur : [http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/20140904\\_bilan\\_plan\\_complet\\_vers\\_3.pdf](http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/20140904_bilan_plan_complet_vers_3.pdf)
30. Ministère des solidarités et de la santé, ministère des Sports. Stratégie nationale sport santé 2019-2024
31. Comité régional de l'Europe soixante cinquième session, OMS. Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025
32. Minerva Evidence bases médecine pour la première ligne. L'activité physique peut-elle atténuer, voire faire disparaître, le lien entre sédentarité et mortalité ? 2019 [cité 7 nov 2019] ; Disponible sur : <http://www.minerva-ebm.be/FR/Analysis/499>
33. Fox kr. The influence of physical activity on mental well-being. Public Health Nutr ; 2: 411-418. 1999.
34. Michel PG. Définir et comprendre le bien-être des jeunes pour mieux intervenir. mai 2018;28.
35. Hills AP, Street SJ, Byrne NM. Physical Activity and Health: « What is Old is New Again ». Adv Food Nutr Res. 2015 ;75 :77-95.
36. Encyclopédie de L'Agora | L'éducation physique selon Hippocrate et Galien [Internet]. Encyclopédie de L'Agora. [cité 22 nov 2019]. Disponible sur : [http://agora.qc.ca/documents/education\\_physique--leducation\\_physique\\_selon\\_hippocrate\\_et\\_galien\\_par\\_bernard\\_lebleu](http://agora.qc.ca/documents/education_physique--leducation_physique_selon_hippocrate_et_galien_par_bernard_lebleu)
37. Ulmann J. De la gymnastique aux sports modernes : histoire des doctrines de l'éducation physique. Vrin ; 1977. 524 p.
38. Diplôme universitaire prescription d'activité physique et lutte contre la sédentarité dans les maladies chroniques. Université de Montpellier, Coste, 2019.
39. ministère des Sports Direction des Sports - Bureau de l'économie du sport. Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques. 2018.
40. INSERM 2019. Promotion de l'activité physique : définir des stratégies intégrées en Europe.

41. OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. 17 avr 2004.
42. Organisation mondiale de la santé. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). 2018.
43. Organisation mondiale de la santé. Global action plan on physical activity 2018-2030 -a glance more active people for a healthier world. 2018.
44. Ministère de la santé. Programme National Nutrition-Santé PNNS2001 – 2005. 2001.
45. Haut conseil de la santé publique. Evaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009. 2007.
46. HCSP. Evaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 [Internet]. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique ; 2013 mars [cité 27 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=370>
47. Jean-François Toussaint. Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive.
48. Programme national nutrition santé (PNNS) - Professionnels [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 28 nov 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>
49. Pierre AJ. COMITE « Avancée en âge » Prévention et qualité de vie. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. févr 2013;132.
50. Pr Daniel Rivière. Dispositif D'activités physiques et sportives en Direction Des âgés Rapport remis aux ministres, établi par le groupe de travail, sous la présidence du professeur Daniel rivièrè. déc 2013;
51. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
52. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Plan national santé environnement (PNSE3) 2015-2019 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/les-plans-nationaux-sante-environnement/article/plan-national-sante-environnement-pnse3-2015-2019>
53. Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/le-plan-national-daction-de-prevention-de-la-perte-dautonomie>
54. Instruction n° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012 : Bib-Bop [Internet]. 2012 [cité 16 févr 2019]. Disponible sur : [http://www.bib-bop.org/base\\_bib/bib\\_detail.php?ref=12888&titre=instruction-n-ds-dsb2-sg-dgs-ds-dgcs-2012-](http://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=12888&titre=instruction-n-ds-dsb2-sg-dgs-ds-dgcs-2012-)

434-du-24-decembre-2012-relative-a-la-mise-en-oeuvre-operationnelle-des-mesures-visant-a-promouvoir-et-developper-la-pratique-des-activite...&debut=

55. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer - Des connaissances aux repères pratiques. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Benefices-de-l-activite-physique-pendant-et-apres-cancer-Des-connaissances-aux-reperes-pratiques>
56. DRJSCS O. La DRJSCS impulse le label Ville-Vivez-Bougez® sur la région. - DRJSCS Occitanie [Internet]. 2009 [cité 2 janv 2020]. Disponible sur : <http://occitanie.drjscs.gouv.fr/spip.php?article946>
57. Recueil des notes de synthèse de mars à juin 2019 [Internet]. [cité 26 nov 2019]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/lc/lc288/lc2881.html>
58. Let's Get Moving resources help promote physical activity. GOVUK [Internet]. 2012 [cité 17 déc 2019] ; Disponible sur : <https://www.gov.uk/government/news/let-s-get-moving-resources-help-promote-physical-activity>
59. My Best Move - GP training for physical activity for patients with Long Term Conditions. NICE [Internet]. 2013 [cité 17 déc 2019] ; Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/sharedlearning/my-best-move-gp-training-for-physical-activity-for-patients-with-long-term-conditions>
60. American College of Sports Medicine. Exercise is Medicine. 2019 [cité 17 déc 2019] ; Disponible sur : <https://exerciseismedicine.org/canada/>
61. Réseau national des villes sport santé sur ordonnance [Internet]. [cité 18 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.strasbourg.eu/reseau-national-villes-sport-sante-sur-ordonnance>
62. EFFORMIP. efFORMip - Bilans d'activité. 2018 [cité 18 déc 2019] ; Disponible sur : <https://www.efformip.com/efformip/notre-reseau/bilans-d-activite/>
63. Gaume, Gaume Célia. Les déterminants de la prescription écrite d'activité physique par les médecins généralistes héraultais en 2016 : une étude qualitative / Célia Gaume ; sous la direction du Dr Pierre Seguret. Montpellier : Université de Montpellier diffusion/distribution ; 2017. 63 p.
64. C. Reinert-Giraud. Comment résoudre les difficultés de prescription de l'activité physique sur ordonnance ? [Université Claude Bernard Lyon 1] ; 2014.
65. Par Pierre Paillé et Alex Mucchielli. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2012.
66. Gaume, Gaume Célia. Les déterminants de la prescription écrite d'activité physique par les médecins généralistes héraultais en 2016 : une étude qualitative : Célia Gaume. Montpellier : Université de Montpellier diffusion/distribution ; 2017. 63 p.
67. Anis Julien. Analyse des freins à la prescription des activités physiques chez les médecins généralistes picards. 2015.

68. Attalin V, Romain-J, Avignon A. Physical-activity prescription for obesity management in primary care: Attitudes and practices of GPs in a southern French city. *Diabetes Metab.* 2012.
69. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin [Thèse d'exercice]. [Lille, France] : Université du droit et de la santé ; 2014.
70. Faure A. Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids : analyse des freins en médecine générale. [Internet] [Thèse]. Université Pierre et Marie Curie (Paris) ; 2011 [cité 23 févr 2017]. Disponible sur : [http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/faure\\_these.pdf](http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/faure_these.pdf). 2011.
71. Hébert ET, Caughy MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting : a systematic review. *Br J Sports Med.* 2012 Jul 2011.
72. Institut IFOP. - Les médecins généralistes s'impliquent dans la prescription de l'activité physique [Internet]. *SwissLife.fr.* [cité 10 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.swisslife.fr/Le-Groupe/L-Espace-Presses/Communiqués/Les-medecins-generalistes-s-impliquent-dans-la-prescription-de-l-activite-physique>. 2015.
73. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Institut Ipsos. Paris. FRA. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. 2005;30p.
74. Toupoint P, Dumay C. Freins à la pratique d'activité physique régulière chez les patients à risque cardiovasculaire : Etude activité physique en soins primaires (APSP). Créteil, France : Université Paris-Est Créteil ; 2013. 2013.
75. Pitarch J. Déterminants de la prescription d'activité physique : étude qualitative auprès des 21 médecins de l'expérience Sport-Santé sur ordonnance menée à Biarritz en 2015 [Thèse]. Université de Poitiers ; 2016.
76. Pasquier L, Dumay C. Freins à la pratique d'une activité physique régulière chez les patients à risque cardiovasculaire à la suite d'une prescription en soins primaires : étude pilote d'un questionnaire-patient. [Créteil, France] : Université de Paris-Est Créteil ; 2011.
77. Direction Générale de l'Education et de la Culture. TNS Opinion & Social, Eurobaromètre special 334, sport et activités physiques [Internet]. Report No.: 72.3. Disponible sur : [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_334\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_334_fr.pdf). 2010.
78. Gasparini W, Knobé S. Sport/santé sur ordonnance. La prescription médicale d'activité physique à Strasbourg : analyse qualitative du rapport à la pratique des patients [Internet]. 2014 p. p43-46. Report No 144. Disponible sur : [https://www.cairn.info/revue-informations-sociales--1-page-47.htm#anchor\\_abstract](https://www.cairn.info/revue-informations-sociales--1-page-47.htm#anchor_abstract). 2015.
79. V Onarx FX. "Sport sur ordonnance" freins et leviers à son application sur la communauté urbaine d'Arras. Université Lille 2 Droit et Santé ; 2017.
80. Al, Lang PO, Leprêtre P-M, Vogel T, Lebreton C, Bellang. Programme d'entraînement personnalisé (PEP'C) aux seniors : qui a participé au projet pilote et pour quels bénéfices ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* [Internet]. [cité 10 déc 2015]; Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483015000926>. 2015.

81. Persson G, Brorsson A, Ekvall Hansson E, Troein M, Strandberg EL. Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. BMC Fam Pract. 2013.
82. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care : Who has and who should be counseling ? Patient Educ Couns. 2006.
83. IRMES, OpinionWay. Le niveau d'activité physique ou sportive des Français : résultats du baromètre 2016 et bilan de 5 ans d'étude [Internet]. Disponible sur : <https://www.attitude-prevention.fr/donnees-chiffrees/barometre-activite-physique-sportivefrancais-2016>. 2016.

# ANNEXES

## 1. Annexe : fiche projet de thèse

### FICHE PROJET DE THESE/MEMOIRE

<b>NOM</b>	De Larquier
Prénom	Dorian
Mail	(Données anomysées pour mise en ligne)
Téléphone	(Données anomysées pour mise en ligne)
Semestre en cours	Semestre 6
<b>Directeur de thèse: Nom, prénom</b>	Dr Coste Olivier
Fonction (universitaire, MSU, libéral/hospitalier, spécialité)	
Mail du directeur de thèse	Olivier.COSTE@drjcs.gouv.fr
Date de dépôt au DMG	

Nous (thésard et directeur) certifions que cette fiche projet de thèse est établie avant tout recueil de données réalisé dans le cadre du projet, conformément aux instructions du Département de médecine générale.

<b>Problématique</b>	<p>Les pathologies chroniques constituent un vrai problème de santé publique pour notre société. Les derniers chiffres de l'assurance maladie indiquent une prévalence de 10,4 millions de personnes bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée, soit 16,9% de la population inscrite au régime général, et une incidence en progression (1,6 millions en 2016 contre 1,4 millions en 2014). Près de 20 millions de personnes consomment des soins dans le cadre d'une maladie chronique, avec ou sans reconnaissance officielle d'affection longue durée, ce qui représente 35% de la population. Le coût total des soins dispensés s'élève à 94,5 milliards d'euros par an puisque la prise en charge par le régime obligatoire de l'assurance maladie est de 100 % (Rapport 2017 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé).</p> <p>L'activité physique permet d'accompagner les personnes souffrant de maladies chroniques. Elle est reconnue aujourd'hui comme une intervention thérapeutique non médicamenteuse, (INSERM, HAS), s'appuyant sur de nombreuses études (Evidence Based medicine). L'activité physique contribue à réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à la pathologie. Elle permet à une personne d'adopter un mode de vie actif.</p> <p>La prescription médicale d'activité physique adaptée est depuis peu encadrée par des textes législatifs (décret du 30 décembre 2016, instruction du 1<sup>er</sup> mars 2017) consécutif à l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Ces textes définissent les compétences requises par les professionnels, de santé ou dans le domaine de l'activité physique, dispensant de l'activité physique adaptée pour accueillir les personnes en affection de longue durée.</p> <p>Le problème majeur reste le manque de prescription médicale de cette activité physique adaptée, pourtant considérée comme une véritable thérapeutique. L'objectif est donc de favoriser l'acte de prescription médicale.</p> <p>Pour cela plusieurs actions publiques existent depuis quelques années en France et montrent de bons résultats quant à l'évolution des indicateurs directs et indirects de la santé chez les patients atteints de maladies chroniques. On peut notamment citer le réseau de santé « eFortmip » créé en Midi Pyrénées en 2005. Le réseau « onco'sport » créé en Languedoc Roussillon en 2009. Le réseau « sport santé sur ordonnance » créé en 2012 à Strasbourg, qui se développe actuellement dans une quarantaine de ville. De plus, des formations en prescription et en dispensation d'activité physique adaptée sont mises en place sur internet ou via la Formation médical continue. Ces actions semblent</p>
----------------------	--

	<p>répondre aux besoins des médecins généralistes prescripteurs d'activité physique.</p> <p>En effet, un travail de thèse a été réalisé en 2016, en Occitanie, pour déterminer les besoins des médecins généralistes à la prescription d'activité physique. Les médecins ont exprimé principalement leurs besoins en structures adaptées et en réseau d'activité physique. Ainsi que le besoin en formation médicale, car déclarent rencontrer des difficultés à la prescription par manque de connaissances en matière d'activités physiques adaptées et concernant les modalités de prescription et de suivi. Un second travail de thèse a été fait en 2018 sur le réseau « sport santé sur ordonnance » afin évaluer le ressenti et les freins à la prescription d'activité physique adaptée (APA) des médecins après avoir participé à une formation spécifique. Finalement 85 % des médecins étaient convaincus de l'intérêt de ces formations et 65 % se sentaient apte à prescrire mais peu l'on fait. L'étude a soulevé d'autres besoins dont la reconnaissance de consultation et cotation spécifique, le besoin d'un financement approprié, le besoin de structure d'accueil plus nombreuses, et d'une meilleure information sur les réseaux d'activité physique adaptée existants.</p> <p>La problématique est donc la déficience en prescription médicale d'activité physique adaptée.</p> <p>Afin de répondre aux freins cités dans les différentes enquêtes (thèse de médecine générale), la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Occitanie a mis en place en 2011, un dispositif en activité physique adaptée s'appuyant sur un territoire. Depuis 2015, ce dispositif nommé Bougez sur ordonnance® est organisé comme un parcours de santé centré sur l'activité physique et le patient. Il se décline aujourd'hui dans plusieurs collectivités et maisons de santé pluriprofessionnelles dans les villes de Nîmes, Le Crès, Vauvert, Sète, Sauve et Bagnols sur Cèze.</p> <p>Un travail de thèse a été réalisé en 2017 sur le ressenti des patients ayant intégrés le dispositif.</p> <p>Il apparaît nécessaire à présent, d'effectuer un premier bilan auprès des médecins généralistes inscrits dans ce dispositif, afin de déterminer si celui-ci répond à leurs besoins et attente en modifiant la prescription d'activité physique adaptée.</p>
<p><b>Mots-clés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Soins premiers</li> <li>-Activité physique adaptée</li> <li>-Maladies chroniques</li> <li>-Médecins généralistes</li> <li>-Intervention non médicamenteuse</li> </ul>
<p><b>Références bibliographiques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Expertise collective INSERM 2008 : « Répondre à la grande question : comment modifier durablement les habitudes de vie pour obtenir un effet favorable sur la santé et lutter contre la pandémie de maladies chroniques non transmissibles ? »</li> <li>-Les thérapeutiques non médicamenteuses (HAS 2011). Développement de la prescription de thérapeutiques nécessitant une participation active du patient en interaction ou non avec un professionnel spécialisé et faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques dont la validité est reconnue en France.</li> <li>-Plan régional SSBE instruction du 24 décembre 2012 : Instruction n° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012.</li> </ul>

	<p>-Décret n° 2016-1990, du 30 décembre 2016, relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Légifrance.</p> <p>-Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé</p> <p>- Thèse Abderrahim Fellague Chebra. Médecine générale et activité physique : quels sont les besoins à la prescription ? Faculté de médecine de Montpellier. 2016.</p> <p>-Instruction interministérielle n°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.</p> <p>-L'état de santé de la population en France : Rapport 2017 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (DREES).</p> <p>-Thèse Maud Jouanjean. Vécu des patients participant au dispositif « Bougez sur ordonnance® » : facteurs influençant leur adhésion et leur observance. Faculté de médecine de Montpellier. 2017.</p> <p>-Thèse Benjamin Rucar. Analyse du ressenti et des freins à la prescription d'activité physique adaptée pour le patient en affection longue durée chez les médecins généralistes ayant réalisé une formation à cette prescription. Faculté de médecine de Lille.2018.</p> <p>-Guide HAS de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive adaptée aux patients atteints de maladies chroniques. 17/10/2018.</p>
<b>Question de recherche</b>	Quel est l'impact de la mise en place du dispositif « Bougez sur ordonnance® » sur la prescription d'activité physique adaptée par les médecins généralistes d'Occitanie ?
<b>Hypothèse de recherche</b>	Non obligatoire dans une étude qualitative.
<b>Paradigme</b>	Compréhensif
<b>Objectif principal</b>	Analyser l'influence du dispositif « Bougez sur ordonnance® » sur la prescription d'activité physique adaptée par les médecins généralistes en Occitanie.
<b>Objectif(s) secondaire(s)</b>	Recherche qualitative.

<b>Méthode générale</b>	Qualitative.
<b>Méthode de recueil de données</b>	<p>Formation de focus groupes multicentriques de médecins prescripteurs d'activité physique adaptée en Occitanie via le dispositif « Bougez sur ordonnance® ».</p> <p>3 villes :  - Nîmes.  - Sète.  - Le Crès.  Tous les médecins inscrits dans le dispositif seront invités à se joindre aux focus groupes.</p> <p>Animateur : Dorian de Larquier.  Modérateur : Dr Coste Olivier (directeur de thèse).</p> <p>Recueil des données : enregistrement via magnétophone.</p> <p>Plan :</p> <p>Table ronde : analyse qualitative des interactions entre médecins généralistes :  - Détermination l'efficacité des différents outils déjà en place du dispositif « Bougez sur ordonnance® ».  - Définition des freins existants à la prescription d'activité physique adaptée au sein du dispositif.  - Recherche de nouveaux outils facilitateurs de la prescription d'activité physique adaptée à intégrer au dispositif « Bougez sur ordonnance® ».</p>
<b>Méthode d'analyse des données</b>	Analyse par méthode thématique.
<b>Moyens, calendrier, partenaires</b>	<p>Moyens : regroupement des médecins signataires de la charte d'engagement de prescripteur d'activité physique adaptée via « Bougez sur ordonnance® » en Occitanie.  Proposition d'une date de réunion par ville par courriel.</p> <p>Calendrier :  Apprentissage méthodologique en cours.  Phase de recrutement fin 2018 début 2019.  Focus groupes sur différents territoires 1<sup>er</sup> trimestre 2019.  Rédaction 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> trimestre 2019.  Récupération et transcription des données 2<sup>ème</sup> trimestre 2019.  Analyse 2<sup>ème</sup> trimestre 2019.  Soutenance thèse 3<sup>ème</sup> trimestre 2019.</p>

## 2. Annexe : guide d'entretien

### *Présentation du corpus*

Tour de table, présentation générale de chacun des intervenants, sans dire les noms pour respecter l'anonymat, indispensable à l'étude.

**1/ « Depuis quand prescrivez-vous de l'activité physique adaptée » ?** (Certains ne prescrivent peut-être pas depuis très longtemps, donc cela peut permettre de montrer, que la mise en place met du temps, mais également que ça aide à s'y mettre).

*Avant toute chose il paraît important de définir de quoi nous allons parler et d'avoir un langage commun en activité physique adaptée.*

**2/ « Pour vous, qu'est-ce que le programme « Bougez sur ordonnance » ?**

**3/ « Parlez-moi d'une de vos expériences concrètes où vous avez prescrit de l'APA »**

« Comment ça s'est passé en pratique ? »

« Comment l'avez-vous vécu ? »

(On utilise leur expérience pour ne pas aborder leur connaissance (non-jugement) et remémorer des faits qui les feront cogiter. Ceux qui n'ont pas d'expérience iront directement vers les besoins, attentes...)

**4/ « Finalement pour vous qu'est-ce que représente l'APA ? »**

« Comment la définiriez-vous »

**5/ « Qu'attendez-vous de la structuration autour de la prescription d'APA, via ce programme « Bougez sur ordonnance ? » »**

Quels sont vos besoins/attentes ?

On est dans l'exploration donc on laisse sortir les thèmes... on n'influence pas.

Et la question principale qui est l'objectif

**6/ « En quoi cela influence t'il votre pratique ?**

Relances : qu'est-ce que cela change pour vous ? Quels intérêts éventuels ? Quels inconvénients éventuels....

Une dernière question importante pour synthétiser et voir si des points non abordés ressortent, ici on a souvent beaucoup de résultats.

**7/ « Par rapport à cette question de la prescription APA via le dispositif « Bougez sur ordonnance », que pourriez-vous rajouter ? »**

Je pense qu'on peut attendre une discussion sur les pistes d'amélioration.

Exemple de question pour rebondir : « Selon vous, quels seraient les points à améliorer au sein du dispositif pour promouvoir la prescription d'activité physique adaptée ? »

- Nouveaux outils ?

Question de relances :

*Quelqu'un veut-il ajouter quelque chose ?*

*Quelqu'un veut-il réagir à ce qui a été dit ?*

*Avez-vous des commentaires ? Des remarques ?*

*Des questions sur l'intervention de x ?*

*Vous pouvez préciser votre pensée ? Est-ce que vous pouvez nous en dire plus sur...*

*Est-ce que vous pouvez être un peu plus expansif (bavard) sur...*

*Pouvez-vous revenir sur... ?*

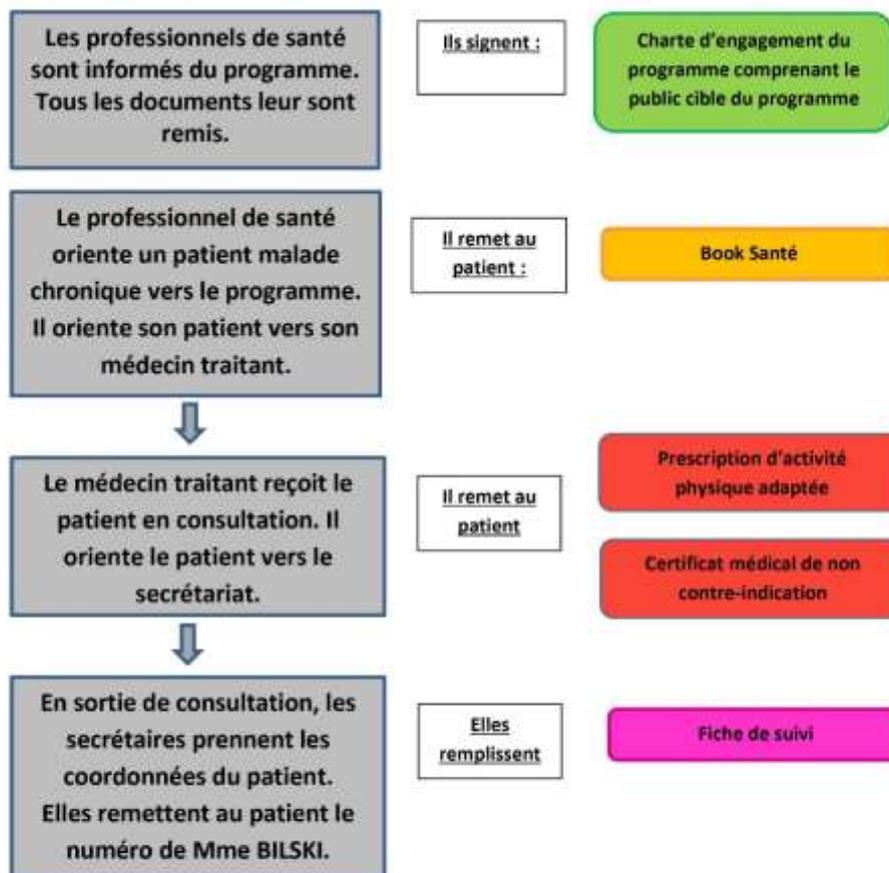
*(Je crois que), nous nous éloignons de la question de recherche. Nous nous écartons du sujet, revenons à la question de recherche »*

### 3. Annexe : processus BSO



## PROCESSUS DU PROGRAMME « BOUGEZ SUR ORDONNANCE »

### PHASE 1 : LA MAISON DE SANTE ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE





## PHASE 2 : L'ASSOCIATION MA VIE

L'enseignante APA réalise un entretien téléphonique avec le patient.



L'enseignante APA réalise un bilan de chaque patient (2 sessions)



L'association accompagne les patients en activités physiques adaptées pendant 3 mois (marche nordique, gym santé)



1 ou 2 séances de pratique sont proposées aux patients en lien avec les associations sportives locales partenaires (découverte de la pratique)



L'enseignante remet un bilan au médecin traitant



L'enseignante oriente le patient vers les associations sportives locales partenaires



Les associations sportives locales partenaires informent l'association MA Vie lorsque un patient les contacte.

#### 4. Annexe : charte professionnelle de santé



**CHARTRE  
PROFESSIONNEL DE SANTE**



**Programme « Bougez sur ordonnance »**

Le programme est porté par la commune de Sauve, la maison de santé de Sauve et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Occitanie.

Les objectifs principaux sont :

- Améliorer la condition physique.
- Améliorer la qualité de vie.

Les objectifs secondaires sont :

- Atteindre les recommandations journalières en activité physique.
- Réduire les activités sédentaires journalières.

Les publics ciblés sont :

- Les personnes atteintes de maladie chronique (hors ALD sévères – voir annexe 1)

**Les engagements**

Les professionnels de santé s'engage à :

- Proposer et orienter les patients correspondant aux critères ci-dessus vers le programme « Bougez sur ordonnance »
- A remettre aux patients le document relatant la démarche du programme « Bougez sur ordonnance »
- Utiliser les outils intégrés au programme « Bougez sur ordonnance »
- Accepter son inscription dans l'annuaire des professionnels de santé membres du programme, réservé à l'usage interne
- Coopérer à toute démarche d'évaluation globale du programme

1

Les médecins s'engagent en plus à :

- Produire un certificat médical de non contre indication
- Délivrer une prescription d'activité physique

Les professionnels de santé autre que les médecins s'engagent en plus à :

- Orienter les patients vers leur médecin traitant pour la délivrance du certificat médical de non contre indication et de la prescription médicale.

NOM : .....

Prénom : .....

Profession : .....

N° Identification professionnelle : .....

Adresse d'exercice : .....

.....

N° de Tél : .....

N° de Fax : .....

Courriel : .....

Déclare adhérer au programme « Bougez sur ordonnance » et accepter les engagements.

Cachet professionnel

Fait à Sauve, le .....

Signature du médecin

## **Annexe 1 : Critères d'exclusion du programme**

Les patients porteurs d'affections de longue durée classées comme sévères ne sont pas concernés par le programme « Bougez sur ordonnance ».

Liste des limitations classées comme sévères pour les patients porteurs d'affections de longue durée au regard des altérations fonctionnelles, sensorielles, cérébrales et du niveau de douleur ressentie mentionnée à l'article D. 1172-3 du Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée :

### **1. Fonctions locomotrices**

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

### **2. Fonctions cérébrales**

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

### **3. Fonctions sensorielles et douleur**

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

## 5. Annexe : charte d'adhésion au programme du sport sur ordonnance (Sète)



Nom :  
Prenom :

### Charte d'adhésion au programme du sport sur ordonnance

Le programme est porté par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale du Languedoc-Roussillon-Midi Pyrénées et la commune de Sète.

En tant que professionnel de santé informé des objectifs et modalités du dispositif je m'engage à :

**1-Identifier** les patients malades chroniques susceptibles d'adhérer au dispositif sport sur ordonnance.

**2-Informer** les patients malades chroniques des services rendus pour leur santé par le dispositif et l'intérêt d'y adhérer.

**3-Signer** la prescription médicale pour la pratique d'activités physiques adaptés.

**4-Rechercher** les contre-indications à la pratique physique.

**5-Echanger** avec l'EAPA référent de la ville de Sète pour le bon suivi du patient.

**6-Tenir** informer le médecin traitant de l'intégration du patient dans le dispositif si ce dernier n'est pas le prescripteur.

**7-Proposer** dans la mesure du possible une consultation dédiée Sport sur Ordonnance tous les trimestres pour les patients concernés.

**8-Participer** à des démarches d'évaluation du dispositif.

Signature :

fait à Sète le :



6. Annexe : book santé patient du dispositif BSO

## BOUGEZ SUR ORDONNANCE



## Votre **BOOK SANTE**

« BIEN VIEILLIR AVEC SA MALADIE AUJOURD'HUI  
POUR MIEUX VIEILLIR DEMAIN »

## PRESENTATION

Ce BOOK SANTE vous présente le programme « Bougez sur ordonnance ».

Il est un outil de liaison avec votre médecin, les autres professionnels de santé et les professionnels d'activité physique que vous serez amené à côtoyer dans le cadre du programme « Bougez sur ordonnance ».

---

## LE PROGRAMME...« Bougez Sur Ordonnance » ...EN 10 POINTS

Vous accompagner dans la reprise d'activité physique

Vous aider à être moins sédentaire



Améliorer votre vie au quotidien

Améliorer votre condition physique

Evaluer vos capacités régulièrement

Favoriser votre santé globale dans un esprit de bien-être

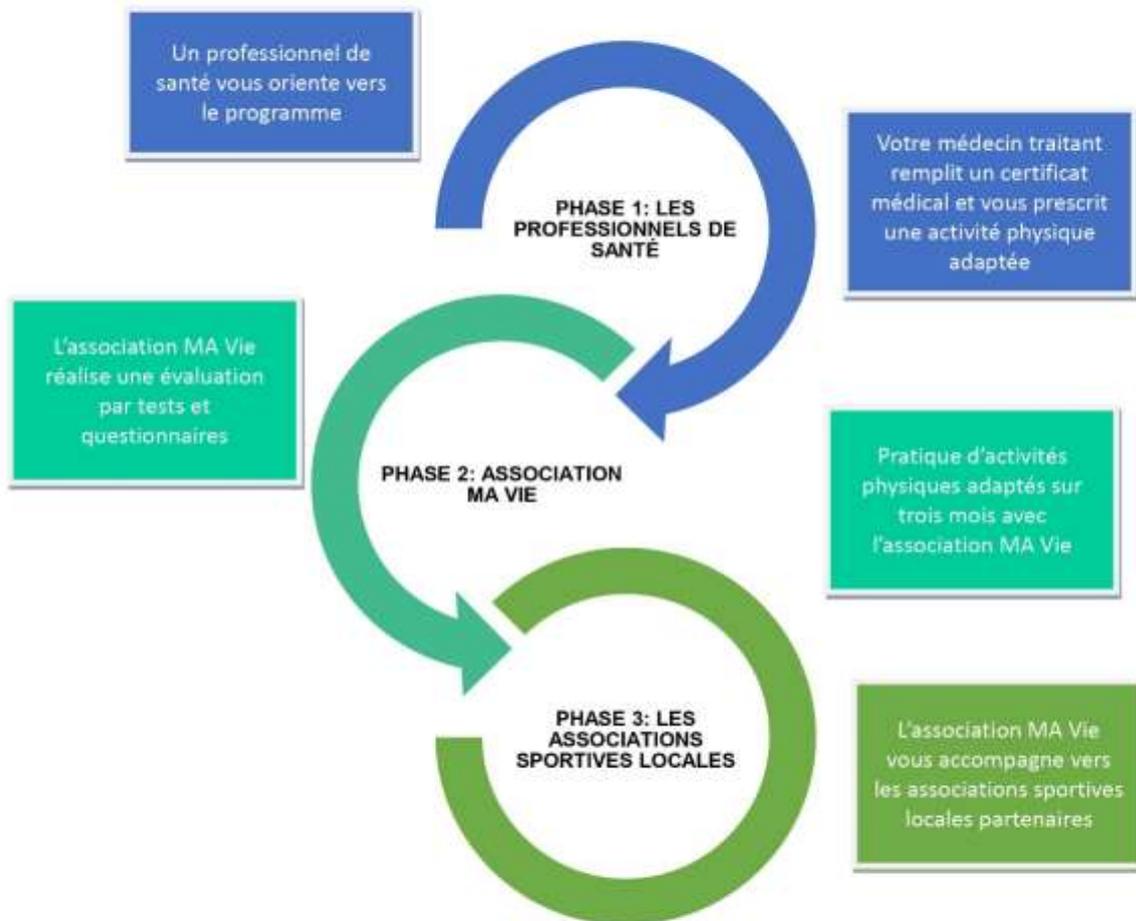
Faire le lien avec votre médecin traitant

Renforcer votre confiance en vous



Vous orienter vers une association sportive

## VOUS ORIENTER VERS LE PROGRAMME « Bougez Sur Ordonnance »



## LES TESTS PHYSIQUES

1

### TESTS D'ENDURANCE

Objectif : Evaluer l'endurance

**6 minutes Marche**

Ou

**2 km Marche**

Mesure du périmètre de marche

Mesure de la durée du test



2

### TESTS DE FORCE

Objectif : Evaluer la force musculaire

**Force de préhension**

**Détente verticale**

**Détente verticale**

Force des membres supérieurs

Force des membres inférieurs

Endurance du tronc



## LES TESTS PHYSIQUES

3

### TESTS D'EQUILIBRE

Evaluer la qualité de l'équilibre

**Statique**

Mesure du temps de maintien



**Dynamique**

Mesure du temps de réalisation



4

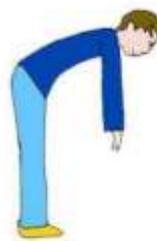
### TESTS DE MOBILITE

Evaluer la souplesse

**Mobilité scapulo-  
humérale**



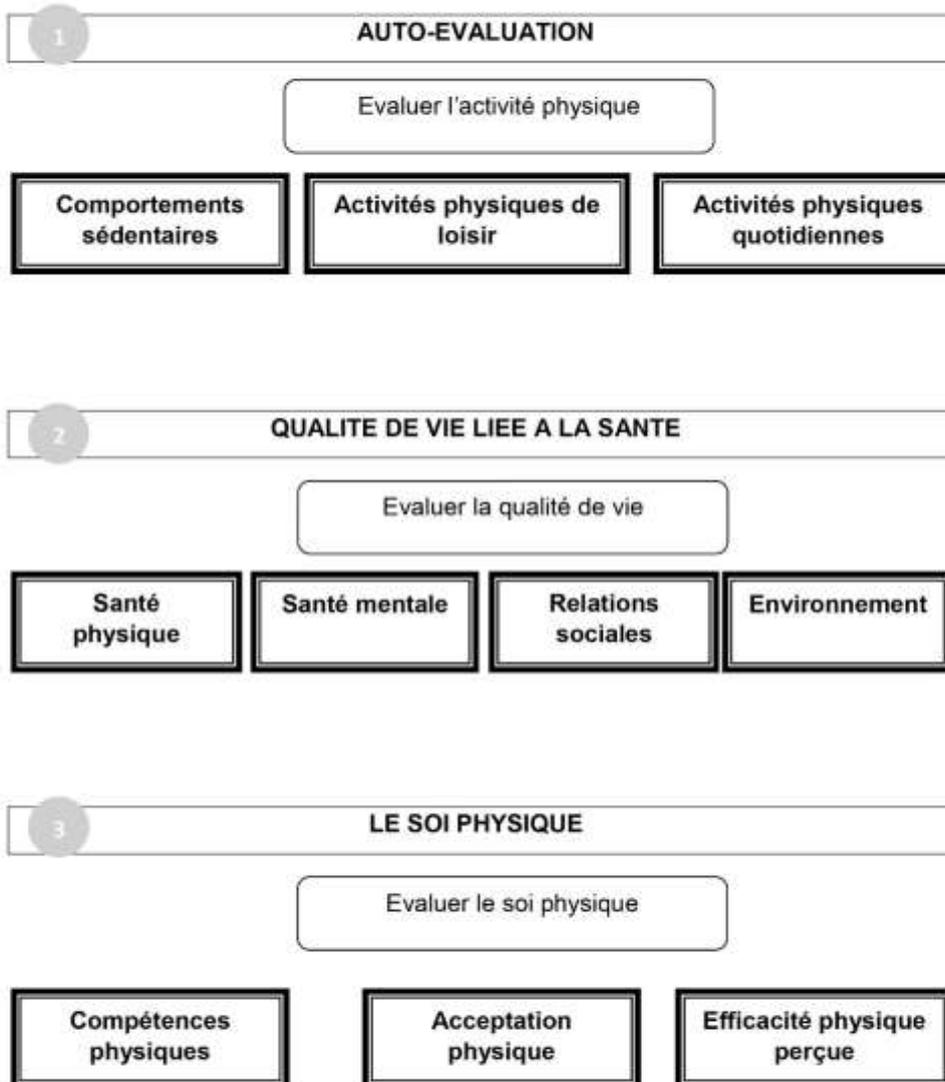
**Souplesse des ischio-  
jambiers**



Ou



## LES QUESTIONNAIRES



## ORGANISMES PILOTES



Direction Régionale Jeunesse, Sport et Cohésion Sociale Occitanie  
3, Avenue Charles Flahaut  
34 094 Montpellier Cedex 5

### CONTACT

Dr COSTE Olivier, Médecin Conseiller  
Courriel : [olivier.coste@drjscs.gouv.fr](mailto:olivier.coste@drjscs.gouv.fr)  
Tél : 04.67.10.14.80

7. Annexe : questionnaire Marshall et coll : Evaluation du niveau de pratique habituelle en termes d'activité physique



**Questions simples pour évaluer le niveau de pratique habituelle en termes d'activité physique**

**Questionnaire de Marshall et coll., 2005<sup>1</sup>**

Cet outil est destiné aux médecins de famille, afin qu'ils puissent déterminer rapidement si un de leur patient manque d'activité physique.

(A) Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou d'haletter ? (par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide)		
plus de 3 fois par semaine	score : 4	
1 à 2 fois par semaine	score : 2	
jamais	score : 0	
(B) Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement ? (par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer au tennis en double)		
plus de 5 fois par semaine	score : 4	
3 à 4 fois par semaine	score : 2	
1 à 2 fois par semaine	score : 1	
jamais	score : 0	
<b>TOTAL</b>		

**Total score A + score B =**

Score 4 = « suffisamment » actif

Score 0-3 = « insuffisamment » actif

**Noter le score dans la colonne de droite pour (A) et (B)**

<sup>1</sup> Marshall AL, Smith BJ, Bauman AE, Kaur S. Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors. *Br J Sports Med.* 2005 May;39(5):294-7

8. Annexe : prescription d'activités physiques adaptées (Sauve)



**PRESCRIPTION D'ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES**

Je soussigné(e),

Docteur en médecine.....

Exerçant à .....

Médecin traitant

Autre : .....

Préconise à :

NOM .....

Prénom .....

Date de naissance .....

De s'inscrire au programme « Bougez sur ordonnance » et de participer aux activités suivantes :  Marche nordique et gym santé (équilibre, double tache...)

De suivre les recommandations suivantes :

De réaliser un équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour

De réduire les activités en position assise et en les fractionnant par des temps de pause en situation debout

Cachet du Médecin

Fait à Sauve, le .....

Signature du médecin

9. Annexe : certificat médical de non-contre-indication à la pratique d'APA (Sauve)



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A la pratique d'activité physique adaptée**

Je soussigné(e),  
Docteur en médecine.....  
Exerçant à .....  
 Médecin traitant  
 Autre : .....

Certifie avoir examiné ce jour ;  
NOM .....  
Prénom .....  
Date de naissance .....

Et n'avoir pas constaté ce jour par l'interrogatoire, l'examen clinique voire des examens complémentaires de contre-indication à la pratique d'activité physique adaptée dans le cadre du programme « Bougez sur ordonnance » (Marche nordique, gym santé).

Précautions éventuelles à respecter par l'éducateur sportif :  
.....  
.....  
.....

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.  
Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour.

Cachet du Médecin

Fait à Sauve, le .....  
Signature du médecin

10. Annexe : certificat de non-contre-indication à l'APA et prescription médicale d'une APA (Sète)



**Certificat de non contre-indication à l'Activité Physique Adaptée**

Je soussigné(e) Docteur en médecine exerçant à Sète:

Certifie avoir examiné ce jour **M, Mme**.....

Né(e) le : .....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, des signes cliniques apparents, contre-indiquant les pratiques d'activités physiques proposées dans le cadre du dispositif Bougez sur Ordonnance® de la ville de Sète (voir au verso les AP proposées)

Que **M, Mme** ne présente pas de limitations fonctionnelles sévères et présente le phénotype fonctionnel suivant (annexe 2 page 2) : **Sans limitation**  **Minime**  **Modéré**

**Prescription médicale d'une Activité Physique Adaptée**

Je soussigné(e), Docteur en médecine, préconise à M, Mme.....

L'inscription au dispositif Bougez sur ordonnance® mis en place par la ville de Sète

Préconisation et recommandations: .....  
.....  
.....

Cachet du médecin

Fait à Sète le :



Signature du médecin

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

Phénotypes, le phénotype sévère n'est pas pris en charge dans le Bougez sur ordonnance®

## CONTACTER

<b>Sport-Santé</b>	<b>04 99 04 70 89</b>	<a href="mailto:sportsante@ville-sete.fr">sportsante@ville-sete.fr</a>
--------------------	-----------------------	--

<b>Activités</b>	<b>Aviron sétois</b>	Ergo Avifit	<a href="mailto:7aviron@gmail.com">7aviron@gmail.com</a>
	<b>Sète Natation</b>	Aquagym/Aquabiking	<a href="mailto:contact@setenatation.org">contact@setenatation.org</a>
	<b>USS Athlétisme</b>	Marche nordique	<a href="mailto:us.sete.athle@gmail.com">us.sete.athle@gmail.com</a>
	<b>Ecole municipale Sport-Santé</b>	Multi activités aquatiques – Tennis adapté – Gym douce – Cardio training – Cardio boxing – Atelier équilibre – Pilates – Aérobie – Jeux de balles – Vélo	<a href="mailto:sportsante@ville-sete.fr">sportsante@ville-sete.fr</a>

**TABEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE AFFECTION DE LONGUE DUREE**

Fonctions		Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
<b>Fonctions locomotrices</b>	Fonction neuromusculaire	Normale	Altération minimale de la motricité et du tonus	Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction ostéo-articulaire	Normale	Altération au max de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien	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 6min = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,51 \times \text{sexe})$ , 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
<b>Fonctions cérébrales</b>	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
<b>Fonction sensorielle + douleur</b>	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	Équilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage. Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/Intolérance 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

**Toutes les activités sont suivies et coordonnées par un Enseignant en Activité Physique Adaptée Santé (E.APAS) de la ville de SETE**



## SERMENT D'HIPPOCRATE

### SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
  
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
  
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
  
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
  
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## RESUME DE L'ETUDE

**Introduction :** Dans le but d'inclure l'activité physique adaptée (APA) dans le parcours de soins en tant que thérapie non médicamenteuse, l'APA est inscrite dans le code de la santé publique, depuis 2016. En Occitanie, la DRJSCS a mis en place le dispositif d'APA Bougez sur ordonnance® (BSO) pour pallier un manque de prescription médicale en APA, sur le territoire. Par conséquent, l'objectif principal de l'étude était d'analyser les déterminants d'évolution de la prescription d'activité physique des médecins généralistes en Occitanie, à la suite de la mise en place du dispositif BSO.

**Matériel et méthode :** Nous avons réalisé une étude qualitative analytique multicentrique. Neuf médecins généralistes installés en Occitanie ont été interviewés. Deux groupes focus et 4 entretiens individuels ont été effectués, à l'aide d'un guide d'entretien. Le discours des médecins a été analysé par méthode thématique. L'analyse des données a été faite en continue, les entretiens ont été stoppés après saturation des données.

**Résultats :** Les déterminants principaux de l'évolution de la prescription en APA des médecins généralistes étaient l'information en APA reçue, la motivation des médecins pour prescrire, les moyens déployés, et la création de relations pluriprofessionnelles. Plus les médecins avaient été sensibilisés à l'APA et à l'existence du dispositif BSO, plus leurs prescriptions étaient facilitées. La mise en place d'une structure pour initier une thérapie non médicamenteuse était très motivante pour les médecins. La création de nouvelles relations pluridisciplinaires était un véritable atout selon les médecins généralistes, très satisfaits du développement d'un transfert sécurisant de compétences. Cependant, plusieurs freins de prescription ont été exprimés. Il existait chez les médecins, un manque de connaissance en APA et le sur le dispositif BSO. Le manque de temps et l'obligation de prioriser les soins ainsi que le manque de valorisation de l'acte de prescription étaient des facteurs limitants à leur motivation. Le manque de moyens était également un frein important. Ainsi, la capacité d'accueil du dispositif était trop restreinte et l'existence d'une disparité importante d'accès à l'APA, selon les territoires, limitaient l'intérêt d'une prescription écrite en APA. Les médecins déploraient enfin, un manque de partage d'expériences et de communication entre les professionnels. Afin de lever ces différents freins et de développer un réflexe de prescription en APA, les médecins généralistes recommandaient la constitution d'outils supplémentaires physiques et financiers.

**Conclusion :** À la suite de la création du dispositif Bougez sur ordonnance®, il semble exister une évolution des pratiques de prescriptions en activité physique adaptée chez les médecins généralistes en Occitanie. Les médecins sont d'avis que le dispositif est utile mais trop récent, et qu'il existe encore de nombreux freins au développement de leurs pratiques. Les médecins demandent plus de moyens, proposent des outils de diffusion d'information sur l'APA et de communication pour généraliser et faire évoluer le dispositif. Les questions du temps de consultation et du financement de l'APA, restent des déterminants à explorer.

**Mot clés :** Activité physique adaptée, thérapeutique non médicamenteuse, maladies chroniques, médecins généralistes, prescription.