

Impact de la participation des médecins généralistes à un groupe qualité au sujet de la prescription de l'activité physique adaptée : étude avant/après

Émilie Carimalo

▶ **To cite this version:**

Émilie Carimalo. Impact de la participation des médecins généralistes à un groupe qualité au sujet de la prescription de l'activité physique adaptée : étude avant/après. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03235976

HAL Id: dumas-03235976

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03235976

Submitted on 26 May 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.

N° d'ordre : 40-2020- **ANNÉE 2020**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Emilie Carimalo

Née le 2 février 1991 à Rennes

Impact de la participation des médecins généralistes à un groupe qualité au sujet de la prescription de l'activité physique adaptée: étude avant/après.

Thèse soutenue à Rennes
Le 9 avril 2020

devant le jury composé de :

François CARRE
PU-PH - CHU Rennes / *Président de jury*

Frédéric SCHNELL
MCU-PH - CHU Rennes / *examinateur*

Anthony CHAPRON
MCU, Médecin généraliste, Directeur adjoint du DMG Rennes 1 / *examinateur*

Sophie CHA
Médecin conseiller - DRJSCS de Bretagne (Pôle sport) / *examinatrice*

Pascal JARNO
PH - CHU Rennes / *examinateur*

Frédéric MAS
Médecin généraliste / *directeur de thèse*

PROFESSEUR.E.S UNIVERSITAIRES

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Emérite	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire

GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
HUSSON	Jean Louis	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET PU-PH	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale

REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRE.SSE.S DE CONFERENCE DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELINE	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MCF associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAULT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	PédroRaphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie

TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

A Monsieur le Professeur François CARRE,
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Frédéric SCHNELL,
Merci d'avoir accepté de prendre part à ce jury et de l'intérêt que tu portes à ce travail.

A Monsieur le Docteur Anthony CHAPRON,
Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury et de m'avoir éclairée sur les questions de méthodologie au début de ce travail.

A Monsieur le Docteur Pascal JARNO,
Merci d'avoir accepté de prendre part à ce jury et de ton aide précieuse pour la rédaction des questionnaires et les détails méthodologiques.

A Madame la Docteur Sophie CHA,
Merci pour ton accompagnement tout au long de ce travail et pour ton enthousiasme communicatif concernant le développement du sport santé. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

A Monsieur le Docteur Frédéric MAS,
Pour ton accompagnement précieux tout au long de la réalisation de ce travail en tant que directeur de thèse et pour tout ce que j'ai pu apprendre à tes côtés en stage, merci.

A l'URPS-MLB, pour la bourse de thèse qui m'a été accordée, ayant permis de mener à bien cette étude. Au Dr Hervé Le Néel, coordonnateur des groupes Qualité bretons, merci pour tes conseils et ton soutien. A Chrystelle Maret, secrétaire et assistante de l'association APIMED, merci pour ta réactivité, tes réponses à mes nombreux mails et pour le rôle important que tu as joué dans l'organisation de ce travail.

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude et aux animateurs des Groupes qualité, merci infiniment.

A Aurélie Petureau, interne de santé publique, qui m'a apporté une aide précieuse pour les analyses statistiques.

A mes maîtres de stage, ambulatoires et hospitaliers, aux équipes soignantes et à mes co-internes, auprès de qui j'ai énormément appris tout au long de l'internat. Et maintenant à ceux qui m'accueillent dans leurs cabinets en remplacement, en particulier à toute l'équipe SOS Médecins de Rennes, pour leur accueil chaleureux et leur esprit d'équipe.

A mes amis, qui devaient être présents en nombre pour la soutenance et avec qui j'ai hâte de faire la fête, vivement la fin du confinement ! A toute la bande de gros surtout, que j'ai toujours tellement de plaisir à retrouver et grâce à qui les années d'études resteront un merveilleux souvenir. A mes amis Erasmus, pour cette 3ème année de médecine incroyable en Espagne et pour la joie partagée à chaque retrouvailles.

A Hugo, Chacha, Lou et Jérémy, pour les heures de numérotation des questionnaires et ordonnanciers, pour votre soutien infaillible et parce que vous répondez toujours présents.

A mes parents et ma sœur, ceux qui seront toujours là.

A ma belle-famille que je suis si heureuse d'avoir intégrée.

A Simon, « pour toute la vie ».

Table des matières

LISTE DES ANNEXES.....9

LISTE DES ILLUSTRATIONS.....9

INTRODUCTION.....10
1.Les groupes Qualité.....10
2.L'activité physique adaptée 11

MATÉRIEL ET MÉTHODE.....13
1.Description de l'intervention.....13
2.Modalités de recueil des données.....13
3.Population de l'étude et critères d'inclusion.....13
4.Questionnaires.....14
5.Analyse des données.....14

RÉSULTATS.....16
1.Taux de réponse.....16
2.Etude des populations de médecins.....17
3.« Avez-vous déjà rédigé une prescription d'APA ? ».....17
4.Quantification du nombre de prescriptions d'APA rédigées.....19
5.Etude des freins à la prescription d'APA, avant/après.....19
6.Apports des GQ quant à la prescription de l'APA.....22

DISCUSSION.....24
1.Forces et limites de l'étude.....24
2.Les obstacles à la prescription d'APA.....27
3.Forces et limites des GQ.....33

CONCLUSION.....35

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....36

ABRÉVIATIONS.....40

ANNEXES.....41

Liste des annexes

Annexe 1 : Formulaire de prescription de l'APA..... 41
Annexe 2 : Lettre d'information à l'attention des animateurs..... 42
Annexe 3 : Dossier documentaire.....43
Annexe 4 : Premier questionnaire..... 51
Annexe 5 : Deuxième questionnaire.....55
Annexe 6 : Contre-indications et limitations cardio-vasculaires, respiratoires et métaboliques à l'AP
…..... 59

Liste des illustrations

Tableau 1 : Caractéristiques des populations..... 17
Tableau 2 : Participants ayant déjà rédigé une prescription d'APA, analyse en sous-groupes : avant/après..... 18

Figure 1 : Diagramme de flux des participants inclus-exclus dans l'étude avant/après..... 16
Figure 2 : Nombre de prescriptions d'APA rédigées dans les 6 derniers mois, avant/après..... 19
Figure 3 : « Le non remboursement de l'APA par l'Assurance Maladie est un obstacle à ma prescription », résultats avant/après.....19
Figure 4 : « Je suis suffisamment informé(e) sur les structures d'accueil prenant en charge les prescriptions d'APA dans mon secteur », résultats avant/après.....20
Figure 5 : Le manque de temps en consultation est un obstacle à la prescription d'APA, résultats avant/après..... 20
Figure 6 : « Je suis suffisamment informé(e) sur le plan régional « Sport, Santé Bien-Etre » », résultats avant/après..... 20
Figure 7 : « Le manque de motivation des patients est un obstacle à ma prescription de l'APA », résultats avant/après..... 21
Figure 8 : « Sur les six derniers mois, j'ai proposé la prescription d'APA à mes patients », résultats avant/après..... 22
Figure 9 : « Aborder le sujet de la prescription d'APA dans les GQ est une bonne forme de sensibilisation. » (Q2)..... 23

Introduction

1. Les groupes Qualité

Le projet « groupes Qualité » (GQ) est né en 2001 en Bretagne, dans le cadre d'un partenariat entre l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) et l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie). Une association loi de 1901, APIMED (Amélioration des Pratiques et de l'Information Médicale), est alors créée afin d'organiser les GQ et de veiller au respect du cahier des charges (1-3).

Le COPIL (Comité de pilotage) du projet est désormais composé de membres de :
- l'URPS-MLB (Union Régionale des Professions de Santé-Médecins Libéraux de Bretagne, ancien URML) (4-5),
- l'association régionale APIMED,
- l'Assurance Maladie,
- l'ARS.

Grâce au Fonds d'Intervention Régional, c'est l'ARS qui finance le projet dans sa plus grande partie.

Progressivement, le projet a été mis en place dans cinq autres régions : Pays de la Loire, Normandie, Hauts de France, Centre-Val de Loire et Guadeloupe. Toutes répondent au même cahier des charges qui est national. En 2018, on recense 148 groupes soit environ 1550 médecins généralistes participant aux GQ. En Bretagne, environ 350 médecins participent aux GQ, répartis sur 35 à 40 groupes.

Il s'agit de groupes d'échange de pratiques, constitués d'une dizaine de médecins généralistes d'une même zone géographique, s'engageant à une participation active aux réunions organisées tous les mois, de septembre à juin (2-3). Se rencontrer régulièrement leur permet d'échanger sur leurs pratiques et les problèmes qu'ils rencontrent, de développer une démarche réflexive, mais aussi de rompre l'isolement et de développer de nouvelles formes de relations professionnelles, plus collectives. Le dispositif vise également à améliorer la qualité des soins et l'efficience des prescriptions au regard des dernières données de la science, permettant aux médecins d'en affiner l'analyse et l'argumentation. Il participe au développement des démarches de santé publique et à la limitation des dépenses inutiles de santé.

Chaque réunion est dédiée à un thème qui concerne la pratique quotidienne et/ou l'organisation professionnelle, traité à partir de cas cliniques rencontrés par les membres du groupe. Lors des dix réunions annuelles, 6 thèmes sont communs à l'ensemble des groupes d'une même région et 4 thèmes sont « libres », à l'initiative de chaque groupe. Les 6 thèmes communs doivent être facilement évaluables et correspondre aux données actualisées de la science (1). Ils peuvent être proposés par les participants via leurs animateurs, par l'URPS-ML, par l'ARS ou l'Assurance Maladie. Ils sont validés par le comité de pilotage du projet puis choisis dans une liste par un vote des animateurs lors d'un séminaire de formation.

Pour chacun d'entre eux, une information médicale validée est mise à la disposition des médecins, sous forme de dossier documentaire constitué d'une compilation d'articles médicaux, de synthèses de la littérature, de synthèses des recommandations cliniques ou conférence de consensus, de référentiels validés.

Chaque groupe est accompagné par un animateur, spécialement formé à cette fonction. Son rôle est celui d'un « facilitateur », en aucun cas d'un expert. Il structure le débat, régule le temps de parole.

Un médecin coordonnateur régional assure le lien entre les groupes et l'association, encadre les animateurs et organise leurs formations, élabore les dossiers documentaires fournis aux médecins participants et s'assure du respect du cahier des charges.

Un secrétariat est chargé de la gestion de la base de données, de la collecte et l'enregistrement des comptes rendus de séances et des feuilles de présence, de la gestion financière et l'indemnisation des médecins participants et des animateurs.

L'Assurance Maladie met a disposition des données de son système d'information à partir desquelles sont élaborés, deux fois par an, les profils d'activité selon des indicateurs (validés par les comités techniques en fonction de leur fiabilité, de leur pertinence et de leur pérennité). Les médecins peuvent ainsi comparer leur « profil » aux autres médecins des GQ ou bien au groupe témoin (les autres médecins de la région). Cela constitue un outil pour mieux comprendre l'évolution des pratiques, rendre visible et lisible le projet APIMED et rendre compte de l'impact de la démarche qualité.

Les différentes évaluations menées depuis la création du programme ont toutes conclu à un impact positif tant sur la qualité que sur l'efficience des soins (6). Cependant, les conditions statistiques des différentes études menées jusqu'à ce jour n'étant pas réunies, aucun lien de causalité ne peut être formellement établi avec la participation des médecins généralistes bretons aux GQ.

2. L'activité physique adaptée

En 2010, l'OMS a émis des recommandations en matière d'activité physique selon les tranches d'âges (7). L'inactivité physique est la pratique d'une AP inférieure au seuil recommandé. Elle est à différencier de la sédentarité : situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible, en position assise ou allongée, considérée distinctement de l'inactivité physique, avec ses effets propres sur la santé (8).

En 2010, l'OMS estime qu'au niveau mondial, 23% des adultes et 81% des adolescents n'atteignent pas les recommandations d'AP pour la santé (9). Près d'un décès sur dix serait dû au manque d' AP (10). La sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (6%). Elle augmente dans de nombreux pays et, avec elle, la prévalence des maladies non transmissibles. On estime qu'elle est la cause principale de 21 à 25% des cancers du sein et du côlon, de 27% des cas de diabète et d'environ 30% des cas de cardiopathie ischémique (7).

L'étude Esteban 2014-2016 (11) réalisée chez des adultes de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine, relevait que seuls 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'AP pour la santé. De plus, près de 90 % des adultes déclaraient 3 heures ou plus de comportements sédentaires par jour et 41 % plus de 7 heures. Un adulte sur cinq cumulait un niveau de sédentarité élevé et un niveau d'AP bas, inférieur aux recommandations pour la santé. Le coût total de la sédentarité est estimé, en France, à près de 17 milliards d'euros par an, dont 14 milliards d'euros pour les dépenses de santé (12).

Par rapport à des individus moins actifs, les personnes qui ont d'avantage d'AP présentent des taux de mortalité inférieurs (toutes causes confondues) ainsi qu'un taux moins élevé de cardiopathies coronariennes, d'hypertension artérielle, d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète de type 2, de syndrome métabolique, de cancer du côlon, de cancer du sein et de dépression (7,13). Il a pu être chiffré qu'une pratique quotidienne de 15 min pourrait déjà diminuer le risque de 14 % (8). L'adoption d'un mode de vie actif résulte d'une part de l'augmentation de l'AP et d'autre part de la réduction du temps de sédentarité.

Depuis 2011, l' AP est une thérapeutique non médicamenteuse validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) (14). L'activité physique adaptée (APA) est dorénavant considérée comme une intervention destinée à prévenir ou soigner des maladies chroniques, menée seule ou en complément d'autres traitements. Son inclusion à toutes les étapes du parcours de soin et l'accompagnement des patients vers une pratique autonome et pérenne représentent un enjeu majeur (15).

L'APA est «une pratique [...] basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires» (16). Toute personne trop sédentaire ou éloignée de l'AP peut relever d'un programme d'APA. Il s'agit d'une pratique « sur-mesure », en fonction des capacités physiques et des limitations fonctionnelles du patient, des spécificités de sa maladie et de son attirance pour une AP particulière.

Le décret entré en vigueur le 1er mars 2017 (17) permet d'établir un cadre légal, autorisant la prescription d'APA par le médecin traitant pour ses patients en affection de longue durée (ALD). En 2017, en France, ils représentaient 10,7 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie, soit 17% des assurés (18). Le médecin traitant est donc considéré comme acteur central dans la promotion de l'APA auprès de ses patients. Il lui est proposé de renseigner un formulaire spécifique de prescription de l'APA (Annexe 1). Comparativement à un conseil oral, la prescription écrite de l'AP semble avoir plus d'impact sur son observance (19-23) et aurait deux fois plus de chance d'être convertie en acte (15).

3. Objectifs de l'étude

En avril 2019, les GQ bretons se sont réunis autour du thème de la prescription d'APA, champs relativement nouveau de la santé. La réalisation de cette étude avant/après découle du souhait d'évaluer l'impact de la tenue des séances de GQ en Bretagne sur le sujet, pour lequel l'utilisation d'un indicateur issu des données de l'Assurance Maladie n'est pas applicable, ainsi que d'explorer l'évolution des représentations des médecins généralistes du secteur ambulatoire dans ce domaine.

L'objectif principal était d'améliorer la prescription d'APA. L'étude se décline autour de plusieurs objectifs opérationnels :

- Evaluer la proportion de médecins ayant déjà rédigé une prescription d'APA, avant/après,
- Quantifier le nombre de prescriptions d'APA rédigées, avant/après,
- Etudier les freins à la prescription d'APA et leur évolution avant/après,
- Identifier les apports des GQ quant à la prescription de l'APA.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude évaluative, comparative de type avant/après, visant à évaluer l'évolution des pratiques des médecins généralistes bretons ayant participé à un groupe Qualité portant sur la prescription d'APA.

1. Description de l'intervention

Journée de séminaire des animateurs :
Le 28 février 2019, les animateurs des GQ se sont réunis à Brest pour une journée de séminaire durant laquelle nous leur avons exposé la démarche et la méthodologie de l'étude. Les animateurs absents ont reçu ces informations par mail (Annexe 2) et par téléphone.

Une intervention et un temps d'échange avec Dr Sophie Cha (Médecin conseiller à la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS) Bretagne) a eu lieu à cette occasion, afin de sensibiliser et d'informer les animateurs des GQ sur les enjeux du Sport-Santé, les dispositifs bretons existants, leurs voies de recours, etc.

Dossier documentaire :
Un dossier documentaire est associé à chacun des six thèmes communs abordés sur l'année, usuellement adressé par mail aux participants. Le but étant de fournir une information fiable et d'enrichir les échanges lors de la séance. Celui portant sur l'APA et sa prescription (Annexe 3) a également été remis sur support papier.

La séance d'avril 2019 :
Le GQ portant sur la prescription de l'APA a eu lieu entre le 1er et le 30 avril 2019.

2. Modalités de recueil des données

Le recueil de données s'est effectué entre avril 2019 et janvier 2020, réalisé via deux questionnaires (Annexes 4 et 5), sur support papier. Ceux-ci étaient remis en mains propres ou par voie postale aux animateurs, qui les distribuaient ensuite dans leurs groupes respectifs.

Le premier questionnaire (Q1) a été complété lors du GQ de mars 2019, soit un mois avant celui portant sur la prescription d'APA. Le dossier documentaire sur support papier était ensuite distribué. Le deuxième questionnaire (Q2) a été complété lors du GQ d'octobre 2019, soit six mois après celui portant sur la prescription d'APA.

Une fois complétés, ils étaient recueillis par les animateurs puis envoyés par voie postale au secrétariat de l'association APIMED, via les enveloppes fournies, pré-adressées et pré-affranchies.
Les animateurs des groupes n'ayant pas retourné les questionnaires ont reçu un mail de relance en juin 2019 pour le Q1 et en décembre 2019 pour le Q2.

Un **ordonnancier** comprenant 50 formulaires de prescription de l'APA (Annexe 1) avec feuillets autocopiants était remis, en mars 2019, à chaque médecin participant. Leur utilisation était facultative. Il leur était demandé de conserver les feuillets autocopiants des ordonnances rédigées et de les retourner à leurs animateurs en octobre 2019. Ces derniers les adressaient par voie postale avec les seconds questionnaires.

3. Population de l'étude et critères d'inclusion

L'ensemble des médecins généralistes bretons participant aux GQ étaient concernés, soit 368 médecins, répartis sur 39 groupes.

Etaient inclus dans l'étude avant/après tous les médecins généralistes ayant :
- répondu au Q1,
- répondu au Q2,
- participé au GQ d'avril 2019 sur la prescription d'APA.

Deux médecins ont été exclus car impliqués dans la réalisation de cette étude :
- Dr Frédéric Mas, directeur de ce travail de thèse,
- Dr Hervé Le Néel, coordonnateur régional d'APIMED.

4. Questionnaires

Les 2 questionnaires ont été conçus pour répondre aux objectifs de l'étude avec une durée de remplissage de 5 minutes environ. Le Q1 et le Q2 comportaient respectivement 22 et 23 questions. Avant d'être diffusés, les questionnaires ont été pré-testés par des médecins généralistes ne participant pas aux GQ afin d'en évaluer la clarté et le temps de remplissage.

Afin de mener à bien l'étude comparative, 17 questions étaient identiques dans les deux questionnaires. Elles portaient sur l'antériorité de prescription d'APA, sa quantification, les freins ressentis à sa prescription, l'évaluation de son intérêt et pour quelles catégories de patients, les professionnels considérés comme aptes à dispenser des séances d'APA, le niveau d'information sur le plan régional « Sport, Santé Bien-Etre » et les structures prenant en charge ce type de prescription localement.

Les questions fermées ont été privilégiées : des questions ordinales avec une échelle de Likert cotée de 1 à 6 (1=Tout à fait d'accord, 2=D'accord, 3=Plutôt d'accord, 4=Plutôt en désaccord, 5=Pas d'accord, 6=Pas du tout d'accord), des questions ayant pour propositions de réponse « Oui/Non/Je ne sais pas » ou « Vrai/Faux/Je ne sais pas », ainsi que des questions à choix multiples.

Des questions numériques ont été employées pour l'âge (données traitées en numérique), les années d'ancienneté au sein des GQ et l'estimation du nombre de prescriptions d'APA rédigées dans les 6 mois précédents (données recodifiées en qualitatif pour une analyse en sous-groupes).

Les éléments qualitatifs retrouvés dans les questions ouvertes ont été rassemblés en grandes idées, retranscrites dans les parties résultats et discussion.

Après avoir été pré-testé, une question portant sur la proportion d'ALD dans la patientèle des médecins a été supprimée du Q1, information estimée compliquée à restituer rapidement.

Anonymisation
Les questionnaires ainsi que les ordonnanciers étaient numéroté afin d'assurer l'anonymat des participants.
A chacun des 39 groupes était attribué un numéro et à chacun de ses participants correspondait une lettre.
Ainsi, si le groupe 15 comportait 9 participants : l'animateur du groupe recevait 9 premiers questionnaires numérotés de 15A à 15I. Le médecin ayant répondu au questionnaire 15A recevait l'ordonnancier numéroté 15A également.

Dans le but d'éviter les erreurs d'appariement dans l'étude avant/après, l'âge et le sexe des participants étaient pré-renseignés sur le Q2.

5. Analyse des données

Les données ont été analysées avec le logiciel BiostaTGV. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne ± écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et la proportion. Les comparaisons de moyennes ont été effectuées par un test t de Student. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test du X2 ou du test exact de Fisher si les effectifs étaient insuffisants.

Dans l'analyse avant/après, les données ont été analysées à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon pour échantillons appariés. Le seuil de significativité retenu était de 5% ($p<0,05$).

Les éléments qualitatifs retrouvés dans les questions ouvertes ont été rassemblés en grandes idées, retranscrites dans les parties résultats et discussion.

Résultats

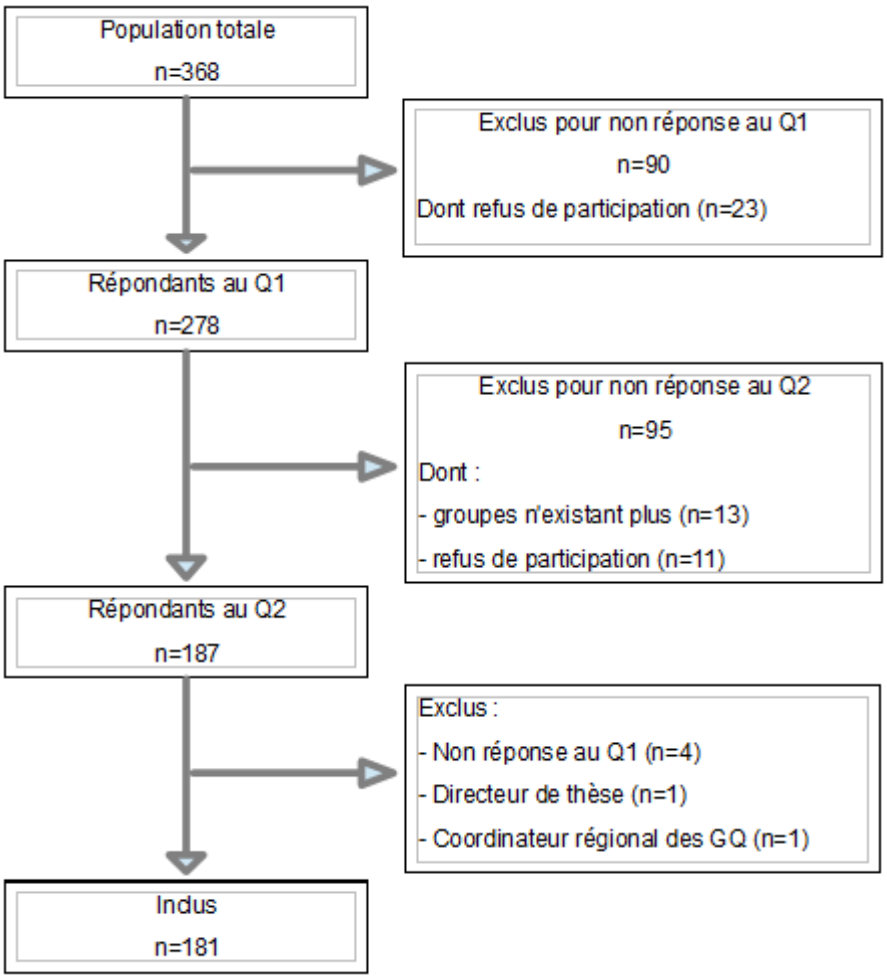
1. Taux de réponse

Le premier questionnaire (Q1) a été adressé aux 39 groupes actifs, soit 368 médecins inscrits.
36 groupes ont répondu, 278 réponses ont été obtenues (75,5%). Deux groupes n'ont pas souhaité participer (soit 15 médecins) et un groupe n'a pas donné réponse (soit 7 médecins). Dans les 36 groupes ayant répondu, 8 médecins, parmi ceux présents lors de la séance de mars, n'ont pas souhaité répondre au questionnaire.

Le second questionnaire (Q2) était à compléter uniquement par les médecins ayant participé au GQ d'avril 2019 portant sur la prescription d'APA. Cinq groupes avaient cessé leur activité avant la séance d'octobre 2019 (dont les 3 groupes n'ayant pas répondu au Q1), ils n'ont pas été sollicités. 227 médecins étaient donc concernés, répartis sur 34 groupes.
29 groupes ont répondu, 187 réponses ont été obtenues (82,4%). Quatre groupes n'ont pas donné réponse (soit 21 médecins) et un groupe n'a pas souhaité participer (soit 9 médecins).

Au total, 181 médecins ont été inclus dans l'analyse avant/après.

FIGURE 1. Diagramme de flux des participants inclus-exclus dans l'étude avant/après.



2. Etude des populations de médecins

La comparaison des population 1 (répondants au Q1, n=278) et population 2 (population incluse dans l'analyse avant/après, n=181) ne retrouvait pas de différence significative concernant l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, le mode d'exercice ou la pratique d'un exercice particulier (médecine du sport, gynécologie...). Un seul facteur était significativement différent entre les deux groupes : l'ancienneté dans les groupes qualité.

TABLEAU 1. Caractéristiques des populations.

	Population 1 (278)	**Population 2** (181)
Sexe		
Féminin	145 (52,2%)	92 (50,8%)
Masculin	133 (47,8%)	89 (49,2%)
Age moyen	46,6 ± 11,9 (27 ; 36 ; 47 ; 58 ; 67)	47,5 ± 11,5 (27 ; 37 ; 47 ; 59 ; 66)
Lieu d'exercice		
Urbain	81 (29,1%)	52 (28,7%)
Semi-urbain	121 (43,5%)	83 (45,9%)
Rural	74 (26,6%)	44 (24,3%)
Non répondu	2 (0,7%)	2 (1,1%)
Mode d'exercice		
Individuel	45 (16,2%)	30 (16,6%)
Cabinet de groupe/PP[1]/MSP[2]	230 (82,7%)	150 (82,9%)
Non répondu	3 (1,1%)	1 (0,6%)
Ancienneté dans les GQ		
≤ 1 an	48 (17,3%)	29 (16%)
]1;5] ans	98 (35,3%)	60 (33,1%)
]5;10] ans	62 (22,3%)	43 (23,8%)
> 10 ans	62 (22,3%)	45 (24,9%)
Non répondu	8 (2,9%)	4 (2,2%)
Exercice particulier		
Non	181 (65,1%)	121 (66,9%)
Oui	91 (32,7%)	55 (30,4%)
Non répondu	6 (2,2%)	5 (2,8%)
Médecine du sport	18 (6,5%)	11 (6,1%)
Gynécologie	27 (9,7%)	13 (7,2%)
Homéopathie	15 (5,4%)	10 (5,5%)
Hypnose	13 (4,7%)	9 (5%)
Médecine gériatrique	9 (3,2%)	4 (2,2%)
Ostéopathie	6 (2,2%)	3 (1,7%)

Variables qualitatives : effectif total (N), effectifs (%) pour chaque modalité.
Variable quantitative (âge) : moyenne ± écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max).

3. « Avez-vous déjà rédigé une prescription d'APA ? »

Dans le Q1 (n=278), les médecins déclarant avoir déjà rédigé une prescription d'APA étaient 52 (18,71%). Aucune différence significative n'a été retrouvée selon l'âge, le sexe, l'ancienneté dans les GQ ou l'exercice de la médecine du sport.

Parmi les médecins ayant déjà été sensibilisés à la prescription d'APA (n=129), 32,6% (n=42) avaient déjà rédigé une prescription. Parmi ceux n'y ayant jamais été sensibilisés (n=147), 6,8% (n=10) avaient déjà rédigé une prescription. Il existait une différence significative entre les deux groupes (p<0,0001).

1. Pôle pluriprofessionnel
2. Maison de santé pluriprofessionnelle

Les médecins exerçant en milieu urbain ou semi-urbain sont plus nombreux à avoir déjà prescrit de l'APA (n=44, soit 21,8%) qu'en milieu rural (n=8, soit 10,8%)($p<0,05$).

Résultats avant/après :
La proportion de médecins déclarant avoir déjà rédigé une prescription d'APA a augmenté de manière statistiquement significative ($p<0,0001$), passant de 36 médecins dans le Q1 (19,9%) à 84 médecins dans le Q2 (46,4%).

Plusieurs sous groupes de médecins ont été évalués : selon le sexe, l'âge, le lieu et le mode d'exercice, l'ancienneté dans les GQ, la lecture du dossier documentaire et la présence de l'animateur au séminaire de formation (Tableau 2). La proportion de médecins prescripteurs d'APA est en augmentation dans chacun de ces sous-groupes (les effectifs étant faibles, une conclusion statistique n'est pas pertinente).

TABLEAU 2. Participants ayant déjà rédigé une prescription d'APA, analyse en sous-groupes : avant/ après.

	Questionnaire 1	Questionnaire 2
Sexe		
Féminin (n=89)	18 (20,2%)	44 (49,4%)
Masculin (n=92)	18 (19,6%)	40 (43,5%)
Age		
≤ 47 ans (n=91)	15 (16,5%)	45 (49,5%)
> 47 ans (n=89)	21 (23,6%)	39 (43,8%)
Lieu d'exercice		
Urbain (n=52)	13 (25%)	27 (51,9%)
Semi-urbain (n=83)	18 (21,7%)	41 (49,4%)
Rural (n=44)	5 (11,4%)	15 (34,1%)
Mode d'exercice		
Individuel (n=29)	8 (27,6%)	12 (41,4%)
Cabinet de groupe/PP[1]/MSP[2] (n=144)	24 (16,7%)	67 (46,5%)
Ancienneté dans les GQ		
≤ 1 an (n=29)	2 (6,9%)	11 (37,9%)
]1;5] ans (n=60)	16 (26,7%)	32 (53,3%)
]5;10] ans (n=43)	6 (14%)	19 (44,2%)
> 10 ans (n=45)	12 (26,7%)	21 (46,7%)
Lecture du dossier documentaire		
Oui (n=133)	27 (20,3%)	71 (53,4%)
Non (n=45)	9 (20%)	13 (28,9%)
Animateur présent le 28/02/2019		
Oui (n=142)	26 (18,3%)	67 (47,2%)
Non (n=39)	10 (25,6%)	17 (43,6%)

Variables qualitatives : effectif total (N), effectifs (%) pour chaque modalité.

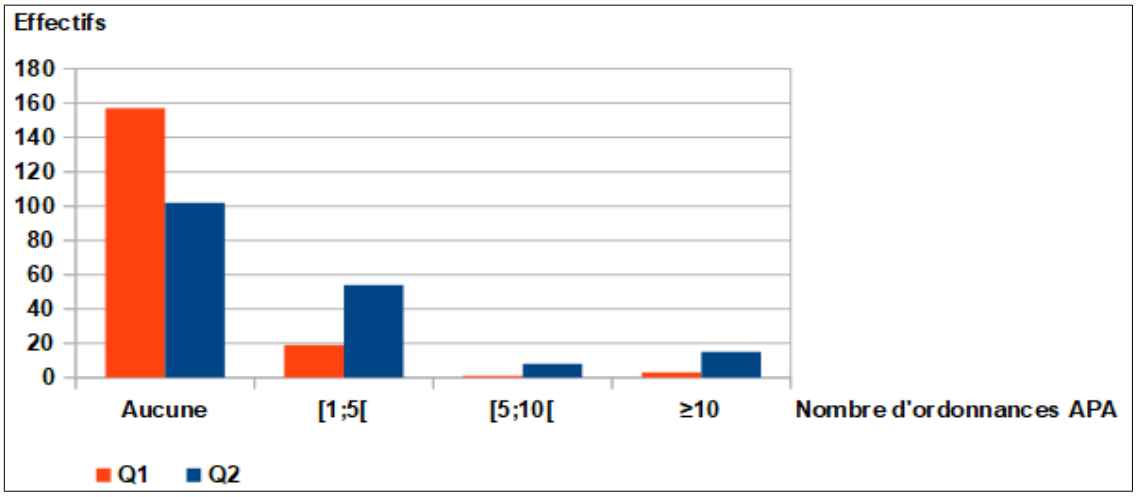
1. Pôle pluriprofessionnel
2. Maison de santé pluriprofessionnelle

4. Quantification du nombre de prescriptions d'APA rédigées

Dans chaque questionnaire, il était demandé de quantifier le nombre de prescriptions d'APA rédigées dans les six derniers mois. On retrouve une augmentation significative du nombre de prescriptions à six mois du GQ sur le sujet (p<0,0001).

Toutefois, il faut prendre en compte le biais induit par certaines réponses imprécises (telles que « plus de 10 », « environ 5 », etc.) ne permettant pas une quantification exacte, raison pour laquelle les réponses ont été regroupées en quatre catégories (Figure 2).

FIGURE 2. Nombre de prescriptions d'APA rédigées dans les 6 derniers mois, avant/après.

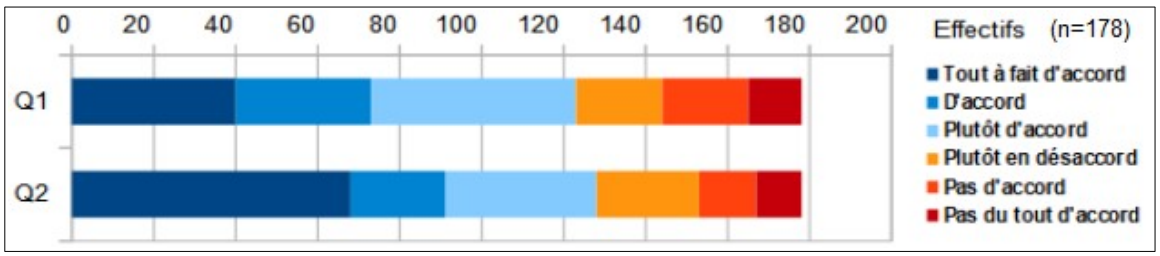


5. Etude des freins à la prescription d'APA, avant/après

6.1) Absence de prise en charge financière par l'Assurance Maladie

Dans le premier questionnaire, une majorité de médecins considérait l'absence de prise en charge financière par l'Assurance Maladie comme un obstacle à leur prescription de l'APA (69,1%). A six mois de leur participation au GQ sur le sujet, cette tendance s'était renforcée. On observe notamment que les médecins étant « tout à fait d'accord » passaient de 40 (22,5%) à 68 (38,2%).

FIGURE 3. « Le non remboursement de l'APA par l'Assurance Maladie est un obstacle à ma prescription », résultats avant/après.

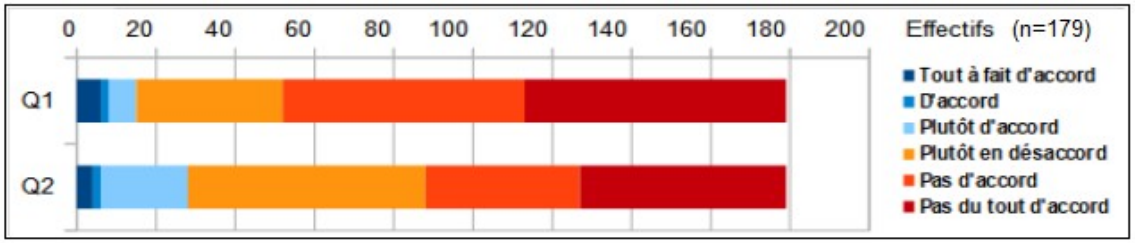


Dans le Q1 et le Q2, les médecins étaient respectivement 61 (33,7%) et 66 (36,5%) à déclarer que certains de leurs patients ne souhaitaient pas de prescription d'APA en raison du non remboursement par l'Assurance Maladie.

6.2) Manque de connaissance sur les structures d'accueil prenant en charge les prescriptions d'APA localement.

Une grande majorité déclare ne pas être suffisamment informée sur les structures d'accueil de leur secteur, que ce soit dans le Q1 (n=164, soit 91,6%) ou dans le Q2 (n=151, soit 84,4%), l'analyse statistique avant/après montre cependant une amélioration significative de l'information (p<0,001) (Figure 4).

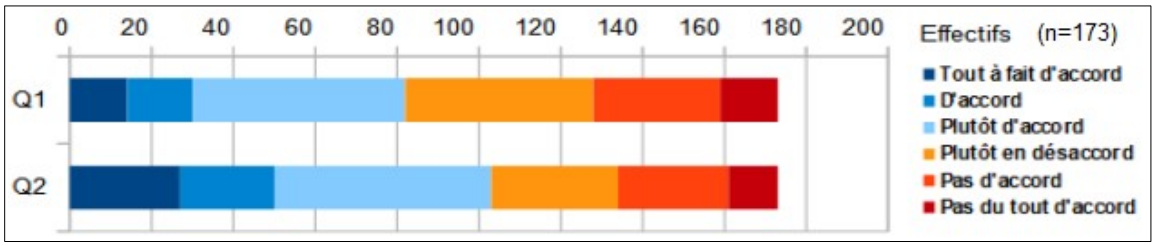
FIGURE 4. « Je suis suffisamment informé(e) sur les structures d'accueil prenant en charge les prescriptions d'APA dans mon secteur », résultats avant/après.



6.3) Manque de temps en consultation

La proportion de médecins considérant le manque de temps en consultation comme un obstacle à leur prescription de l'APA augmentait entre le Q1 et le Q2, passant de 82 (47,4%) à 103 (59,5%) (Figure 5).

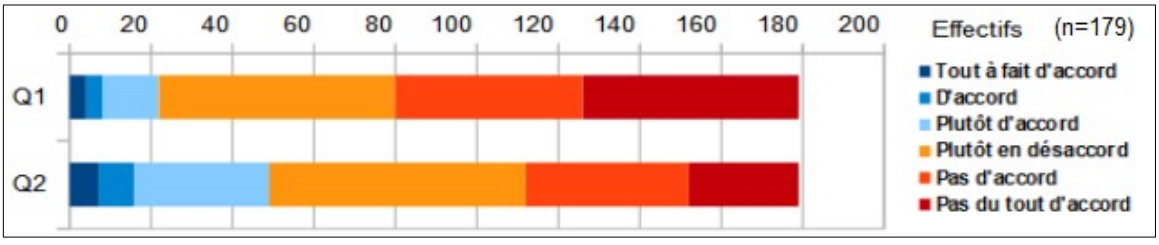
FIGURE 5. « Le manque de temps en consultation est un obstacle à ma prescription de l'APA », résultats avant/après.



6.4) Manque de connaissance sur le plan régional « Sport, Santé Bien-Etre »

Une amélioration de l'information sur le plan régional « Sport, Santé Bien-Etre » était constatée à six mois du GQ sur la prescription d'APA. Une large majorité se sentait cependant insuffisamment informée, avant comme après (87,7% dans le Q1 et 72,6% dans le Q2) (Figure 6).

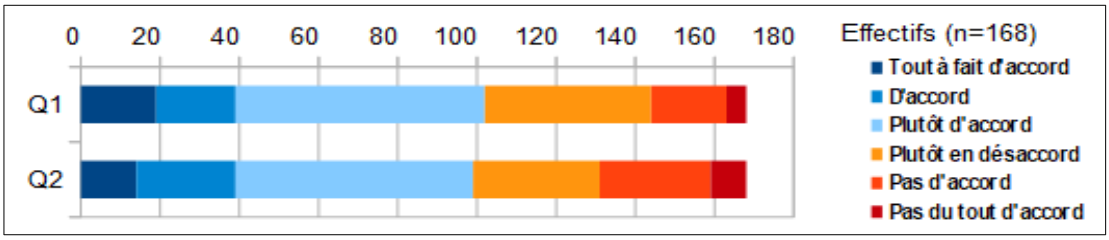
FIGURE 6. « Je suis suffisamment informé(e) sur le plan régional « Sport, Santé Bien-Etre » », résultats avant/après.



6.5) Manque de motivation des patients

60,7% des médecins dans le Q1 et 58,9% dans le Q2 considéraient le manque de motivation des patients comme un obstacle à leur prescription de l'APA .

FIGURE 7. « Le manque de motivation des patients est un obstacle à ma prescription de l'APA », résultats avant/après.



Par ailleurs, dans les deux questionnaires, 79% (n=143) des médecins n'avaient jamais eu de demande spontanée de prescription d'APA par leurs patients, 18,8% (n=34) en avaient eu entre 1 et 5 au cours des six derniers mois.

6.6) Manque de connaissance sur les professionnels aptes à dispenser des séances d'APA

Dans l'analyse comparative avant/après, on note une augmentation de la proportion de médecins considérant les professions suivantes comme aptes à dispenser des séances d'APA :

- Kinésithérapeutes, passant de 69,6% (n=126) à 79,6% (n=144),
- Professeurs d'APA, passant de 74,6% (n=135) à 83,4% (n=151),
- Educateurs sportifs, passant de 68% (n=123) à 76,2% (n=138),
- Psychomotriciens, passant de 30,9% (n=56) à 38,7% (n=70),
- Ergothérapeutes, passant de 26,5% (n=48) à 34,3% (n=62),

Les ostéopathes étaient considérés comme inaptes par 47% des médecins (n=85) dans le Q1 et 48,1% (n=87) dans le Q2.

6.7) Prescription écrite de l'APA : manque d'aptitude des médecins et effets attendus

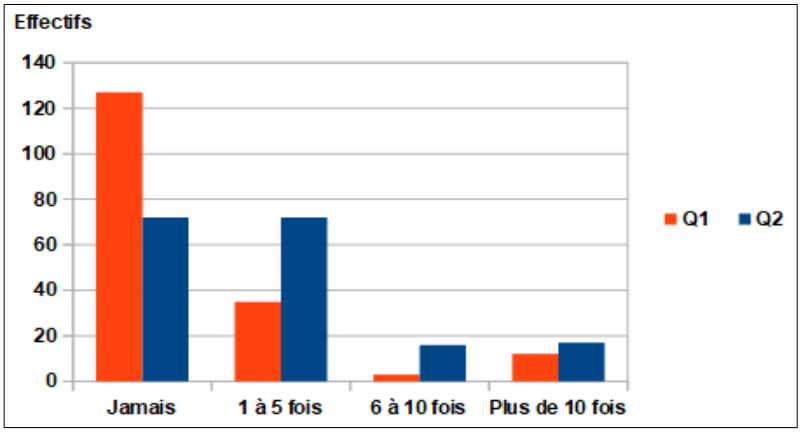
La proportion de médecins se sentant aptes à rédiger une prescription d'APA avait diminué, passant de 61,3% (n=111) dans le Q1 à 54,7% (n=99) dans le Q2.
A la question « Ma prescription de l'APA apportera-t-elle un bénéfice à mes patients ? » :

- Dans le Q1, 59,1% (n=107) répondaient « Oui », 37% (n=67) répondaient « Je ne sais pas ».
- Dans le Q2, 42% (n=76) répondaient « Oui », 49,2% (n=89) répondaient « Je ne sais pas ».

Cependant, dans le deuxième questionnaire :

- 62,6% des médecins (n=117) pensaient que leur prescription écrite de l'APA avaient plus d'impact qu'un conseil oral,
- 62,6% des médecins (n=117) estimaient aborder plus régulièrement la question de l'activité physique en consultation,
- les médecins avaient proposé plus régulièrement la prescription d'APA à leurs patients (Figure 8).

FIGURE 8. « Sur les six derniers mois, j'ai proposé la prescription d'APA à mes patients », résultats avant/après.



6. Apports des GQ quant à la prescription de l'APA

7.1) Utilisation des ordonnanciers distribués

Parmi les 86 médecins déclarant avoir déjà rédigé une prescription d'APA dans le Q2 (Dr Mas et Dr Le Néel ont été exclus de l'analyse), 58 (67,4%) ont également remis des formulaires de prescriptions d'APA (feuillets autocopiants), pour un total de 230 feuillets.
47,6% (n=89) des répondants au Q2 déclaraient ne pas se sentir à l'aise avec le formulaire de prescription proposé dans l'ordonnancier.

7.2) Présence à la journée séminaire du 28/02/2019

Les groupes dont les animateurs étaient présents à la journée séminaire avaient :

- Un taux de réponse au Q1 plus élevé : 81,1% (n=210), versus 62,4% (n=68) dans les autres groupes,
- Un taux de réponse au Q2 plus élevé : 63,8% (n=148), versus 38,6% (n=39) dans les autres groupes,
- Une proportion de participants ayant retourné des feuillets autocopiants plus élevée : 35,6% (n=52), versus 15,4% (n=6) dans les autres groupes.
- Une proportion de participants ayant déjà rédigé une prescription d'APA, à six mois du GQ d'avril 2019, plus élevée : 47,2% (n=69), versus 43,6% (n=17) dans les autres groupes.

7.3) Lecture du dossier documentaire

Dans le Q2, 136 médecins (73,5%) avaient pris connaissance du dossier documentaire. Parmi eux, 55,1% (n=75) déclaraient avoir déjà rédigé une prescription d'APA et 52,2% (n=71) pensaient que leur prescription d'APA apportera un bénéfice à leurs patients.

Parmi ceux ne l'ayant pas lu (ou ne sachant pas), 28,3% (n=13) déclaraient avoir déjà rédigé une prescription d'APA et 30,4% (n=14) pensaient que leur prescription d'APA apportera un bénéfice à leurs patients.

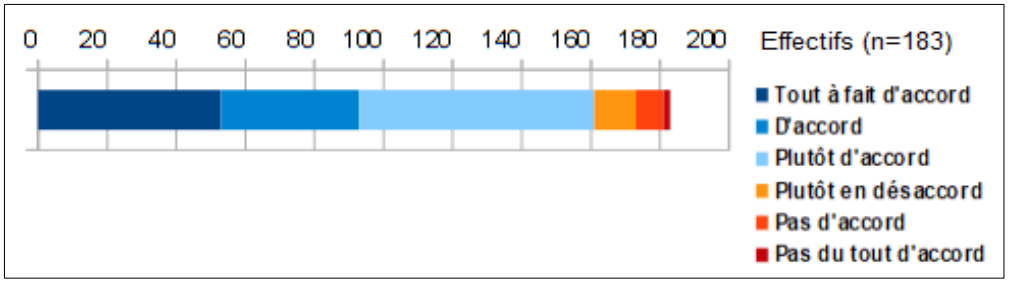
7.4) Présence des Dr Mas et Dr Le Néel au sein des groupes

Trois GQ étaient concernés (18 médecins) : Dr Mas et Dr Le Néel participant chacun à l'un d'entre eux et Dr Le Néel en animant un troisième.
En les excluant de l'analyse, à six mois du GQ d'avril 2019, il y avait proportionnellement plus de médecins déclarant avoir déjà rédigé une prescription d'APA dans ces trois groupes (66,7%) que dans les autres GQ (44,3%), sans que cette différence soit significative (p=0,071).

7.5) La sensibilisation à la prescription sous forme de GQ

88% des participants (n=161) pensaient qu'aborder le sujet de la prescription d'APA dans les GQ était une bonne forme de sensibilisation (Figure 9).

FIGURE 9. « Aborder le sujet de la prescription d'APA dans les GQ est une bonne forme de sensibilisation. » (Q2)



Discussion

1. Forces et limites de l'étude

1.1) Une étude justifiée

La stratégie nationale sport-santé 2019-2024 (24) prévoit de développer l'offre et le recours à l'APA à visée thérapeutique, notamment en facilitant le recours à la prescription d'APA par les médecins traitants. Ces derniers se trouvent au cœur de la démarche, quotidiennement au contact de patients en ALD ou éloignés de l'activité physique qu'ils suivent au long cours. Afin d'atteindre cet objectif, sensibiliser les médecins généralistes à l'APA et sa prescription apparaît donc essentiel.

Pourquoi une prescription écrite de l'APA ?
Selon les données de la littérature, comparativement à un conseil oral, la prescription écrite de l'AP semble avoir plus d'impact sur son observance (19) et aurait deux fois plus de chance d'être convertie en acte (15).

En 2008, une étude suédoise (20) a retrouvé un progrès significatif à 6 mois du niveau d'AP auto-rapporté et de la qualité de vie chez 481 patients ayant reçu une prescription écrite d'AP en prévention primaire ou secondaire. En 2009, cette même équipe suédoise montre que chez 240 patients ayant reçu une prescription d'AP, leur adhérence à 6 mois était de 65%, aussi bonne que celle des autres traitements pour les maladies chroniques (21).

En Nouvelle Zélande, le dispositif « Green prescription » invite les médecins traitants ou infirmier.e.s à compléter leurs conseils oraux en matière d'AP par une prescription écrite. Les patients bénéficient ensuite d'un suivi téléphonique par des éducateurs sportifs pendant trois mois. Des études de ce programme ont retrouvé une efficacité sur l'augmentation des activités physiques et sur l'amélioration de la qualité de vie à 12 mois (22), mais également sur le long terme (2-3 ans) (23).

Pourquoi en parler au sein des groupes qualité?
Suivant une méthode de codéveloppement professionnel (25), les GQ sont des groupes d'échange de pratiques réunissant de façon régulière des personnes exerçant le même métier, dans le but de contribuer mutuellement à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles. La bienveillance et l'entraide sont les bases du bon fonctionnement d'un groupe. Les GQ ont par ailleurs l'avantage de regrouper des professionnels exerçant dans un même secteur géographique, intéressant dans le développement d'une problématique complexe et nouvelle comme la prescription d'APA, permettant d'échanger sur les difficultés mais aussi sur les ressources de terrain.

Les indicateurs usuellement utilisés, issus des données de l'Assurance Maladie ne permettent pas d'évaluer l'impact de la participation aux GQ au sujet de la prescription d'APA. Cette étude d'impact avant/après a été menée dans ce but, et dans celui d'explorer les représentations des médecins généralistes concernant ce champ relativement nouveau de la santé.

1.2) Une population issue d'un dispositif pré-existant

En terme d'évolution des pratiques et des organisations, il est très intéressant de s'appuyer sur un dispositif pré-existant tel que les GQ, qui fonctionne depuis plus de 15 ans. Les membres des groupes se connaissent et ont l'habitude de se réunir dans le but d'améliorer leurs connaissances et leurs pratiques. Ils forment une population de médecins réceptive à l'innovation et impliquée dans les démarches proposées, comme le montrent les taux élevés de participation et les résultats positifs de cette étude.

Il faut prendre en compte dans l'analyse que la population n'est pas représentative des médecins généralistes bretons , environ 10% d'entre eux sont inscrits aux GQ. D'une part, tous les médecins bretons n'ont pas accès au dispositif « Groupes Qualité », les modalités de financement actuelles ne permettant pas un développement du projet à plus grande échelle (27). D'autre part, tous les

médecins bretons ne souhaitent pas y adhérer.

Nous ne pouvons pas exclure que les médecins ayant accepté de participer à l'étude portent un plus grand intérêt à la prescription d'APA que les non-répondants. De même que nous ne pouvons pas exclure que les médecins participant aux GQ y portent un plus grand intérêt que les médecins généralistes bretons dans leur ensemble, ou bien qu'ils soient particulièrement réceptifs à ce type d'intervention.

La moyenne d'âge des médecins généralistes bretons est de 49,1 ans (28), la population de l'étude est donc plus jeune (46,6 ans en moyenne dans le Q1). Cette différence pourrait être due à l'adhésion des médecins aux GQ en début d'activité professionnelle (les GQ ayant vu le jour en 2001) et au développement des enseignements sous forme de groupes d'échange de pratiques au sein des facultés de médecine (29).

La mise en place d'une comparaison à un groupe témoin a été discutée mais estimée de réalisation difficile, imposant une méthodologie lourde.

1.3) Limite de la méthode

Comme le décrit la HAS (26), ce type d'étude avant/après, utilisant une méthode quantitative pour évaluation de l'impact d'une intervention, permet de montrer l'évolution d'une pratique, sans que l'on puisse affirmer que les modifications observées sont liées à l'intervention. Il peut en effet exister des tendances préexistantes à l'amélioration ou des variations liées à une autre cause que l'intervention.

Dans cette étude, ces variations pourraient être liées à :
- D'autres formes de sensibilisations (des médecins ou des patients) à l'APA reçues entre le Q1 et le Q2 (médias, revues, formations, collègues, ARS, collectivités locales...),
- La volonté de répondre à une sollicitation venant de l'association APIMED avec laquelle chaque médecin a signé une convention et est rémunéré pour sa participation,
- L'évolution de l'offre d'APA sur le territoire,
- Une accessibilité financière plus aisée (via une évolution des dispositifs locaux, des prises en charge par les mutuelles...),
- La participation des Dr Mas et Dr Le Néel dans trois GQ dont les participants n'ont pas été exclus de l'étude, etc.

Les résultats suivants permettent en partie d'atténuer ces biais :
- Le nombre de demandes spontanées de prescription d'APA de la part des patients n'a pas évolué entre les deux questionnaires,
- La proportion de médecins estimant que certains de leurs patients ne souhaitent pas de prescription d'APA en raison du non remboursement par l'Assurance Maladie était sensiblement la même dans le Q1 et le Q2.

1.4) Courte durée de l'étude

La courte durée de l'étude permet de limiter l'influence de l'évolution de l'offre d'APA, ainsi que celle de sensibilisations extérieures. Selon les experts du sport-santé en Bretagne, aucun événement majeur concernant l'APA et sa prescription n'a eu lieu sur le territoire pendant cette période.

Elle nous permet aussi d'éviter les perdus de vue dans l'analyse avant/après, conséquence des remaniements perpétuels au sein des GQ (groupes cessant leur activité, animateurs quittant leurs fonctions, participants quittant les GQ, etc.).

Les résultats sont très encourageants à 6 mois avec une augmentation significative du nombre de médecins prescripteurs d'APA et du nombre d'ordonnances d'APA rédigées. Les effets positifs d'une intervention ayant tendance à se dissiper avec le temps, il serait intéressant de créer un indicateur de suivi permettant d'évaluer les effets de l'intervention à plus long terme.

1.5) Recueil de données

Le recueil de données a été en grande partie effectué via les animateurs des GQ qui distribuaient les questionnaires puis les renvoyaient par voie postale. Leur implication était essentielle au bon déroulement de l'étude et a joué un rôle important dans les forts taux de réponses obtenus.

Certaines limites au remplissage des questionnaires lors de séances de groupes sont cependant observées :

- Les refus de participation concernaient de manière générale des groupes entiers, interrogeant sur la place de la « pensée de groupe » dans cette apparente unanimité sur leur non participation :
  - Les membres d'un groupe se disaient « non intéressés par l'APA » et « non motivés pour participer à l'étude », déjà trop sollicités par « de nombreuses demandes pour des travaux de thèses ». L'animateur décrivait un « contexte particulier », les médecins du secteur étant « saturés de travail ». Ce groupe a cessé de fonctionner dans les mois suivants.
  - Un groupe disait « ne pas adhérer à l'APA pour différentes raisons » et pointait « la forme paternaliste et non aboutie alors que depuis toujours la pratique physique est encadrée par les médecins ». Il dénonçait la présence de « nombreux biais dans la méthode de la thèse », sans plus de précisions. Ce groupe a quitté les GQ pour continuer de fonctionner en dehors d'un cadre qui ne lui convenait plus.
  - Un troisième groupe trouvait « trop chronophage de prescrire du sport » alors qu'« on a toujours conseillé d'en faire ». « Si prescription, le patient attend un remboursement ». Concernant la thèse, ils avaient complété le Q1 mais ont refusé de compléter le Q2 (« encore des papiers », « trop c'est trop »).

- Quatre groupes n'ont pas retourné de questionnaires sans qu'aucune justification n'y soit apportée, malgré les relances. Difficile alors d'en connaître la raison, ni même de savoir si l'information avait été transmise aux groupes par leurs animateurs.
  Nous constatons cependant que trois groupes ont changé d'animateur au cours de l'étude et qu'aucun animateur n'était présent à la journée séminaire.

- Concernant les médecins absents lors de la distribution des questionnaires, il était complexe et chronophage pour les animateurs de les leur faire parvenir par un autre moyen, majorant le nombre de médecins exclus de l'étude.

2. Les obstacles à la prescription d'APA

Utiliser des questions fermées pour aborder les obstacles à la prescription d'APA, les suggérant aux participants, expose à leur surestimation, d'autant plus qu'ils sont détaillés dans le dossier documentaire.

2.1) Difficultés d'accès à l'APA - Méconnaissance de l'offre existante et des professionnels la dispensant

Il s'agit d'un obstacle majeur à la prescription. La proportion de médecins se considérant insuffisamment informés sur les structures d'accueil prenant en charge l'APA passait de 91,6% dans le Q1 à 84,4% dans le Q2. Les répondants au Q2 sont 23,5% (n=44) a avoir précisé dans leurs commentaires écrits être particulièrement limités par « les difficultés à trouver des structures d'accueil », ne sachant pas « où adresser les patients ».

Trouver des offres d'APA de proximité s'avère complexe. Particulièrement en milieu rural où, pour accéder à la pratique, les patients sont contraints de parcourir de nombreux kilomètres, majorant le temps dédié et le coût financier. Les participants à l'étude sont demandeurs de « listes précises et exhaustives » des offres de proximité.

D'autre part, peu de liens existent actuellement entre les médecins traitants et les professionnels du sport. Il convient pourtant de s'assurer de la qualité des pratiques proposées et des compétences des professionnels qui doivent intervenir (24), enquête difficile à mener par le médecin généraliste individuellement.

Pour des patients présentant des limitations fonctionnelles sévères, les séances d'APA peuvent être encadrées par des professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens) ou par des enseignants en APA (issus de la filière universitaire STAPS «activité physique adaptée et santé»). Les patients sans limitation ou présentant des limitations minimes pourront être orientés vers des éducateurs sportifs ou autres professionnels de l' AP (titulaires d'un diplôme fédéral, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle) (30).

Dans son rapport sur les thérapeutiques non médicamenteuses (14), la HAS propose d'améliorer les connaissances des médecins sur les professionnels, exerçant à proximité de leur lieu d'exercice, vers lesquels ils peuvent orienter leurs patients, par le biais de rencontres interprofessionnelles et d'outils de coordination (ex. annuaires pluridisciplinaires).

Un travail de prospection et de recensement des professionnels et structures habilités à dispenser des séances d'APA sur le territoire breton est en cours. Ces informations sont disponibles sur le site internet bretagne-sport-sante.fr, mis à jour régulièrement. Les médecins des GQ étaient nombreux à trouver ce site « non fonctionnel », « peu attractif et peu fourni », manquant de clarté.

Depuis, sa lisibilité a été retravaillée avec notamment la distinction de deux catégories d'activités :
- "Forme santé" pour les personnes sédentaires cherchant à se mettre en mouvement,
- "Maladies chroniques" pour les porteurs d'une maladie chronique cherchant à améliorer leur santé.

Ces changements étant postérieurs au recueil de données, nous ne disposons d'aucun commentaire des participants à ce sujet.

Toutes les structures engagées sont signataires d'une charte SSBE (disponible en téléchargement sur le site bretagne-sport-sante.fr), garantissant le respect de critères qualité qui assurent par exemple des activités encadrées par des professionnels formés et dispensées dans un cadre sécurisé. Le niveau d'exigence de ces critères étant plus poussé dans la catégorie "maladies chroniques".

Il est prévu, d'ici 2022, l'identification de 500 maisons sport-santé (24), réparties de manière équilibrée sur tout le territoire. Elles viseront à rapprocher les professionnels de santé et du sport pour faciliter l'orientation et l'accès aux activités physiques et sportives dans le cadre de la prévention

primaire et à l'activité physique adaptée pour les personnes malades. Elles proposeront une information et une sensibilisation sur l'intérêt de la pratique, la réalisation de diagnostics sportifs (condition physique, motivation de la personne, rapport à l'activité physique et sportive) et une orientation vers l'offre et les lieux de pratique de proximité. Il s'agit également de faciliter l'orientation et l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques pour lesquels une activité physique adaptée a été prescrite par le médecin traitant, en s'assurant de la sécurité de la pratique, condition nécessaire à la relation de confiance à instaurer entre le médecin et les opérateurs de l'offre de pratique.

2.2) Méconnaissance de l'APA - Manque de formation

Dans le premier questionnaire, 46,4% (n=129) des médecins déclaraient avoir déjà été sensibilisés à la prescription d'APA via des formations, les médias, la lecture de revues médicales, des confrères (spécialisés en médecine du sport notamment), des groupes de pairs, des congrès ou séminaires, l'ARS, la DRJSCS, des éducateurs sportifs, etc. Plus de la moitié des médecins interrogés n'avaient donc jamais été sensibilisés à la prescription d'APA, certains précisaient dans les questions ouvertes ou commentaires libres du Q1 qu'ils « découvraient le concept », ou qu'ils « ne connaissaient rien à l'APA ».

La stratégie nationale sport-santé 2019-2024 (24) prévoit de développer des formations et outils d'aide à la prescription, précisant qu'il est nécessaire que l'ensemble des médecins soit informé et formé à la prescription d'APA pour pouvoir orienter les patients.

Le guide HAS de 2019 (31) propose un socle de connaissances générales sur l'activité physique et la sédentarité et leurs impacts sur la santé ; le déroulé d'une consultation dédiée à l'activité physique ; et des outils pratiques (un questionnaire d'aptitude à l'activité physique, une grille d'évaluation du risque d'événements cardiovasculaires graves liés à l'exercice, des outils d'évaluation de la condition physique et de l'état de motivation en cabinet, etc.). En complément de ce document, la HAS propose une première série de 6 référentiels d'aide à la prescription d'activité physique par pathologie pour le surpoids et l'obésité, le diabète de 3 type 2, l'hypertension artérielle (HTA), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), la maladie coronaire stable et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).
Pour choisir une activité physique et sportive avec son patient, le médecin peut s'aider du catalogue d'activité du site Manger-Bouger du PNNS (32). Pour le sport-santé, il peut s'aider du Médicosport-santé (33) du Comité national olympique et sportif français (CNOSF).

<u>Former les étudiants en médecine</u> :

Dans le cadre de la formation continue, le recours au développement professionnel continu (DPC), le développement des cours en ligne et des diplômes universitaires sont des pistes pour former les professionnels concernés par la prescription et la dispensation de l'APA (24). Les médecins généralistes priorisent les formations qui leur semblent les plus adaptées à leur pratique quotidienne, tous ne choisiront pas de se former à la prescription d'APA. Il est donc intéressant d'inclure celle-ci dès le cursus médical initial.

Depuis 2016, l'item 247 « Modifications thérapeutiques du mode de vie (alimentation et activité physique) chez l'adulte et l'enfant » fait partie du programme enseigné pour l'examen classant national (ECN), sensibilisant les futurs médecins à la prescription de l'APA. Un module d'enseignement dédié est désormais proposé dans plusieurs facultés de Médecine. A Rennes, une unité d'enseignement intitulée «Bienfaits de l'activité physique ou sportive en médecine» a été intégrée depuis peu à la 3ème année des études médicales.

Par ailleurs, un rapprochement avec des unités d'enseignement, communes entre la filière STAPS (sciences et techniques des activités physiques et sportives) et des filières de santé, pourra être envisagé (24).

2.3) L'absence de remboursement par l'Assurance Maladie

Il est stipulé dans le texte officiel que ni la prescription, ni la dispense d'une activité physique ne font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie (34).

Certains participants à l'étude estimaient qu' « il était incohérent de payer pour que les patients se bougent », que le remboursement « ne profiterait qu'aux patients déjà motivés », sans grand intérêt en terme de santé publique selon eux. D'autres évoquaient une implication plus importante de la part des patients s'ils participent eux-mêmes financièrement.
Quelques données de la littérature vont en ce sens. La majorité des médecins répondants au sondage IFOP en 2015 (35) estimaient que le coût du sport sur ordonnance devait revenir au patient. En outre, certaines études ont montré qu'une petite participation financière augmente la motivation du patient et influence positivement l'adhésion au programme (36).

Cependant, dans notre étude, 69,1% des médecins considéraient l'absence de prise en charge financière par l'Assurance Maladie comme un obstacle à leur prescription de l'APA. Dans le Q2, cette tendance s'était renforcée. Environ 35% des participants avaient obtenu des refus de prescription d'APA de la part des patients du fait du non remboursement. Plusieurs d'entre eux ont identifié la question financière comme l'obstacle principal à leur prescription.

Dans une étude de 2018 incluant 96 médecins généralistes ayant participé à une formation à la prescription d'APA, 82% estimaient que le non remboursement était un frein à leur prescription (37). Dans une étude qualitative de 2019 sur le dispositif « Sport sur ordonnance » de Caen (38), la plupart des médecins s'accordaient à dire que la gratuité du parcours pour le bénéficiaire était une approche précieuse et incitative pour y adhérer. Le groupe d'experts de l'INSERM, dans son expertise de 2019, recommande l'intégration de l'AP dans les protocoles de soins des patients porteurs de maladies chroniques et que sa prescription soit systématique en première intention, aussi précoce que possible (15).

Difficile d'expliquer au patient pris en charge à 100% pour une pathologie chronique, que cette thérapeutique non médicamenteuse, validée par la HAS, ne sera pas remboursée. La stratégie nationale sport-santé 2019-2024 (24) prévoit de mettre en place des parcours intégrés pour les patients en ALD incluant notamment de l'APA (dès 2019, pour les femmes traitées pour un cancer du sein), de sensibiliser les patients à l'offre d'APA dans le cadre de l'ETP (éducation thérapeutique du patient), de programme ou d'activités éducatives ciblées et d'inciter les collectivités territoriales à inclure l'APA dans les contrats locaux de santé (39).

La HAS (14) précise que l'évolution du périmètre des biens et services de santé remboursables peut être envisagée lorsqu'elle répond à un impératif d'efficience qui garantit une allocation optimale des dépenses publiques. Elle est conditionnée par l'obtention de données comparatives sur le coût et sur l'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses. Selon les pouvoirs publics, il s'agit donc d'assurer le financement d'études médicoéconomiques, manquant à ce jour en contexte français, pour démontrer ce que l'APA pourrait générer à court, moyen et long termes, en matière de réduction de la consommation d'hospitalisations et de soins ainsi que de coût pour l'assurance maladie (24).

2.4) Manque de temps en consultation

La prescription d'AP, telle qu'elle est décrite dans la loi est difficilement réalisable lors d'une consultation classique de médecine générale. Sa durée devrait être d'environ 30 minutes (31), alors qu'une consultation dure en moyenne 18 minutes en France (40), l'activité physique en étant rarement l'unique motif.

Une étude évaluant l'impact d'une intervention brève de promotion de l'AP, ou « conseil minimal », auprès de 196 patients en médecine générale, ne retrouvait pas d'augmentation significative du niveau d'AP à court terme bien qu'elle semblait induire un changement positif de comportement (41). La dynamique actuelle vise à tenter de sortir du conseil minimal afin d'améliorer les pratiques. Il a été mis en évidence que les interventions comportementales (définition d'objectifs, autocontrôle, prescription d'exercices, récompenses, etc.) ont des effets supérieurs aux stratégies cognitives (agissant sur les connaissances, les attitudes et les croyances), et que les interventions en face-à-

face sont plus efficaces (19,42). Cela suppose que le médecin fournisse un effort supplémentaire comparativement à la prescription de traitements médicamenteux. Il est difficile de convaincre un patient de s'engager activement dans un processus thérapeutique qui met en jeu son mode de vie, voire ses schémas de pensées.

Dans l'analyse avant/après, la proportion de médecins considérant le manque de temps en consultation comme un obstacle à leur prescription de l'APA augmentait de 47,4% à 59,5%. La séance d'échange de pratiques a pu mettre en avant l'intérêt d'un entretien motivationnel comparativement au conseil minimal, ainsi que la nécessité d'une adaptation de la prescription aux attentes du patient et à ses limitations fonctionnelles. De plus, le manque de temps peut être celui auquel ils se retrouveraient confrontés si, pour suivre les recommandations de la HAS (31), ils assuraient l'observance de cette prescription par un temps d'échange dédié à l'AP à l'occasion des différentes consultations de suivi afin d'adapter et de sécuriser la prescription d'AP, de motiver le patient et améliorer son degré d'adhésion au programme d'AP.

Dans son rapport sur les thérapeutiques non médicamenteuses (14), la HAS déplore que le financement et l'organisation actuelle des soins de ville n'incitent pas les médecins à fournir cet effort et tendent au contraire à encourager le déploiement de stratégies qui favorisent le recours à la prescription médicamenteuse. La prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, qui tend à rallonger la durée de la consultation, est difficilement compatible avec le paiement à l'acte qui encourage le médecin à consacrer le moins de temps possible par patient. La question se pose alors de la mise en place d'une consultation initiale spécifique, dédiée à la prescription d'AP, incluant une cotation spécifique (36-37).

En Bretagne, il existe un carnet de suivi Sport santé (30) pouvant servir d'outil de liaison entre le patient et les différents professionnels impliqués dans son parcours en activité physique. On y trouve un résumé des bienfaits attendus de l'activité physique, les 10 recommandations des cardiologues du sport, un modèle de certificat médical, un espace destiné à faciliter les échanges entre les professionnels, etc.

Le développement de l'offre d'APA et l'identification des maisons sport-santé devraient également contribuer à lever ce frein qu'est le manque de temps en consultation, en assurant une partie considérable du suivi de l'AP prescrite.

2.5) Manque de motivation des patients

Environ 60% des médecins considéraient le manque de motivation des patients comme un obstacle à la prescription d'APA. Ce que confirment plusieurs études, principalement des thèses de médecine générale (36-37,43-45).

Le suivi des thérapeutiques non médicamenteuses implique que les patients soient prêts à accepter certains coûts en termes de temps consacré. Leur disposition est susceptible de varier en fonction de leur situation professionnelle et familiale. La modification des comportements qui est préconisée peut représenter un «coût psychologique» important (14). Les connaissances et les croyances des patients sur les effets de l'AP influent positivement ou négativement sur leur engagement à la pratique (15). Il est important de valoriser les idées de plaisir, de liberté et de qualité de vie associées à la pratique d'une AP, d'enrayer la banalisation des comportements sédentaires. S'engager dans une AP en groupe peut avoir pour avantage de sortir de l'isolement en créant du lien social, favorisant ainsi un maintien de la motivation.

Mais les patients manquent-ils réellement de motivation ? Certains commentaires libres évoquaient la crainte du jugement et la peur de l'échec régulièrement retrouvées chez les patients atteints de pathologies chroniques. Ce dont traite également l'expertise de l'INSERM de 2019 (15), évoquant des patients « déconditionnés physiquement et peu confiants dans leurs aptitudes physiques ». Apprendre à déceler ce manque de confiance et leur appréhension à l'idée de « faire du sport » peut aider à voir plus loin que cet apparent manque de motivation. Il serait intéressant d'évaluer qualitativement le ressenti des patients afin d'identifier ce qui pourrait leur permettre de s'orienter vers la pratique de l'AP.

L'une des techniques recommandées pour favoriser ces changements de comportement et les

inscrire sur le long terme est l'entretien motivationnel (15,31), méthode de communication désormais intégrée aux enseignements de médecine générale de nombreuses facultés (46).

Le rôle du médecin traitant est considéré comme primordial dans la prise en charge des pathologies chroniques car il s'accompagne, au fil des consultations régulières, d'une connaissance plus large du contexte psycho-social, familial... Il peut ainsi adapter son discours et ses propositions thérapeutiques, interroger régulièrement le patient sur son AP et en suivre l'évolution. L'accompagnement du patient est progressif, vers un changement de mode de vie plus actif et moins sédentaire, en s'aidant d'approches cognitives et comportementales (31).

2.6) Aptitude à la prescription de l'APA

La proportion de médecins se sentant aptes à rédiger une prescription d'APA avait diminué, passant de 61,3% (n=111) dans le Q1 à 54,7% (n=99) dans le Q2. Ce résultat peut être le fait d'un dispositif encore peu développé, avec un partage d'expérience sur ce type de prescription limité. Par méconnaissance, les participants ont pu s'exposer à une apparente complexité de rédaction. Par ailleurs, sollicités par ce travail de thèse, beaucoup se sont retrouvés face à leur première ordonnance d'APA, pouvant soulever des questions nouvelles et mettre en doute leur aptitude à la prescription.

Le manque de formation à la prescription a été évoqué régulièrement dans les commentaires des questionnaires. Les participants étaient demandeurs d'outils d'aide à la prescription clairs et simples d'utilisation.
Dans le Q2, 47,6% d'entre eux déclaraient ne pas se sentir à l'aise avec le formulaire de prescription proposé dans l'ordonnancier, le trouvant « trop flou », « manquant de précision » et de « lisibilité ». Le souhait d'« un format intégré aux logiciels médicaux » a été écrit à plusieurs reprises, considérant l'« informatisation indispensable » et le format actuel « incompatible avec une pratique moderne ».

Plusieurs études retrouvaient un sentiment d'incompétence face à l'acte de prescription d'APA (14,37,43,47). Les médecins déclarent ne pas avoir les connaissances primordiales pour rédiger l'ordonnance et déterminer quelle activité prescrire, pour quel patient et à quelle « posologie ». Ce sentiment persistait malgré la participation à une formation spécifique (37). Ils réclament une simplification maximale de l'ordonnance.

Dans la littérature, il est proposé de rédiger une prescription d'APA selon le modèle suivant (33,34,48):

- L'indication, précisant la pathologie pour laquelle l'exercice est prescrit,
- Les qualités que l'on cherche à développer (endurance, renforcement musculaire, équilibre, souplesse, coordination etc.),
- La dose hebdomadaire : le nombre de séances, leur durée et leur intensité,
- La durée de validité de l'ordonnance et le nombre de renouvellements,
- Les spécificités du patient, de sa pathologie et de son traitement pouvant interférer avec cette pratique,
- le type d'intervenant.

Dans les commentaires libres de cette études, certains médecins déclaraient être en difficultés pour repérer les contre-indications à la prescription d'APA, s'agissant de patients aux comorbidités parfois lourdes. Les contre-indications sont le plus souvent relatives et/ou temporaires et relèvent essentiellement de pathologies, aiguës ou non stabilisées (31). Un tableau récapitule les principales contre-indications à l'AP en Annexe 6. Dans les autres cas, les bénéfices de la pratique d'une activité physique, adaptée si nécessaire, l'emportent sans conteste sur les risques encourus, quels que soient l'âge et l'état de santé des personnes (20).

2.7) Bénéfice escompté de la prescription d'APA

Le nombre de médecins pensant que leur prescription de l'APA apporterait un bénéfice à leurs patients avait diminué, passant de 59,1% (n=107) dans le Q1 à 42% (n=76) dans le Q2. Le GQ sur le sujet a pu mettre en avant des difficultés sus-citées, auxquelles ils n'avaient peut-être pas pensé individuellement.

Le faible nombre de données scientifiques démontrant l'efficacité d'un dispositif de prescription de l'APA a pu rentrer en compte dans ce résultat observé. La HAS (14) précise qu' « il semble exister un manque d'adhésion sur les recommandations de bonnes pratiques en matière de thérapeutiques non médicamenteuses. Ce manque d'adhésion pourrait s'expliquer par le plus faible degré de force de ces recommandations qui résulte des difficultés méthodologiques de l'évaluation des thérapeutiques non médicamenteuses. Il s'agit en effet d'interventions complexes dont l'efficacité est multifactorielle.

3. Forces et limites des GQ

Les groupes d'analyse de pratiques ont été introduits en France dans le domaine médical par la Société française de médecine générale (SFMG) à partir de 1987. Aujourd'hui, ils constituent une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques reconnue par la HAS.

En 2008, une étude sur des groupes de travail communs entre pharmaciens et médecins suisses mis en place 10 ans auparavant était en faveur d'une amélioration de l'efficience et de la sécurité de la prescription médicale et une diminution des coûts en médicaments par patient (49). Une étude réalisée auprès de médecins généralistes bretons avant et après participation à des groupes d'analyse de pratiques, sur une durée de 12 mois (2001-2002), a mis en évidence une diminution du coût en médicament par patient, une augmentation du taux de prescription de génériques et une diminution du nombre de prescriptions de médicaments déclarés sans efficacité évidente (50). Des résultats allant en ce sens étaient également observés dans une étude allemande de 2009, compilant les résultats de trois études comparatives réalisées dans des régions différentes (51).

Nous ne pouvons pas transposer directement ces résultats aux GQ, les différents groupes d'analyse de pratiques présentant des variantes méthodologiques. Les évaluations menées depuis la création du programme ont toutes conclu à un impact positif des GQ tant sur la qualité que sur l'efficience des soins (6), les critères de jugement étant issus d'indicateurs uniquement médico-économiques (exemple d'indicateur : nombre de patients de 65 ans et plus ayant eu une prescription de benzodiazépine à demi-vie longue / nombre de patients de 65 ans et plus ayant eu une prescription de benzodiazépine). La méthodologie utilisée dans cette étude présente un angle d'analyse nouveau de l'impact des GQ, sans indicateur économique, basée sur l'évolution des pratiques et le ressenti des médecins participants.

3.1)Des résultats positifs

A six mois de la séance sur la prescription d'APA, l'impact sur les pratiques des médecins participants apparaît positif. Nous observons dans les résultats de l'analyse avant/après :

- Une augmentation significative du nombre de médecins prescripteurs de l'APA, passant de 19,9% à 46,4% ($p<0,0001$),
- Une augmentation du nombre de prescriptions rédigées (Figure 2) ($p<0,0001$),
- Une meilleure information au sujet du plan SSBE et des structures d'accueil de l'APA dans leurs secteurs,
- Une connaissance plus fine des professionnels aptes à dispenser les séances d'APA.

Dans le deuxième questionnaire, 88% (n=161) d'entre eux pensaient qu'aborder ce thème dans les GQ était une bonne forme de sensibilisation, et 62,6% d'entre eux (n=117) abordaient plus souvent la question de l'activité physique en consultation.

3.2)Des résultats paradoxaux

A l'issue de leur participation à cette séance dédiée, les médecins se sentaient moins aptes à rédiger une prescription d'APA et moins convaincus du bénéfice qu'elle apportera à leurs patients, nous amenant à nous interroger sur la réalité de la pratique et la qualité des prescriptions.

Dans le cas de la prescription d'APA, la nouveauté du sujet induit l'émergence de nombreux questionnements auxquels il n'est pas toujours simple de trouver réponse lors de groupes d'échange de pratiques. Il est possible que le partage d'expérience soit plus aisé à l'abord de thèmes « classiques », pour lesquels le recul est plus grand, les données de la science plus nombreuses, les protocoles de mise en place plus simples, etc. La présence d'un expert au sein des GQ est exclue par le cahier des charges, risquant d'en dénaturer le fonctionnement. Celle-ci pourrait s'envisager dans un programme de DPC (développement professionnel continu), permettant d'apporter des réponses plus éclairées dans ce champs de la santé relativement nouveau.

L'intérêt d'une démarche collective réside aussi dans la mise en évidence des difficultés pour pouvoir

collectivement les surmonter. Par exemple, plusieurs groupes ont échangé sur les professionnels dispensant des séances d'APA dans leur secteur. Dans un groupe, un des membres a été désigné pour en faire l'inventaire.

3.3)L'ancienneté dans les GQ

Dans l'étude, un facteur variait entre les population 1 (répondants au Q1) et 2 (répondants au Q1 et au Q2) : l'ancienneté dans les GQ. Les participants ayant plus d'ancienneté dans les GQ semblaient être plus représentés dans la population 2. Peut-être s'agit-il d'un phénomène d'acculturation à la démarche qualité, montrant une assiduité et une implication plus importantes chez ceux y adhérant depuis plus longtemps ?

3.4)Le rôle de l'animateur

Nous avons parlé du rôle central joué par les animateurs dans la méthodologie de cette étude. La démarche et leurs missions leur avaient été exposées en face-à-face lors de la journée séminaire du 28/02/2019, occasion à laquelle ils avaient pu échanger avec Dr Sophie Cha (Médecin conseiller à la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS) Bretagne) au sujet du Sport-Santé.

Les groupes dont les animateurs étaient présents à la journée séminaire avaient, comparativement aux autres groupes, des taux de réponses plus élevés aux deux questionnaires, une proportion de participants ayant retourné des feuillets autocopiants plus élevée et une proportion de participants prescripteurs d'APA, à six mois du GQ d'avril 2019, plus élevée.
Sur les quatre groupes n'ayant pas répondu au Q2, sans y apporter de justification, aucun animateur n'était présent à la journée séminaire (notamment car trois d'entre eux ont changé au cours de l'étude).

Ces résultats semblent aller en faveur d'un impact positif de la présence des animateurs à la journée séminaire sur l'adhésion et la participation des membres de leurs groupes à cette étude. Pour pallier aux difficultés pouvant être rencontrées localement en cas de défaillance d'un animateur, l'association APIMED Bretagne a renforcé leur recrutement (membres anciens ou actuels des GQ), constituant un pool de réserve d'animateurs formés (27). Un « guide de l'animateur » est actuellement en cours de rédaction et sera présenté lors de la journée séminaire de septembre 2020.

Plus largement, la qualité de l'animation étant essentielle au fonctionnement des groupes, nous pouvons supposer l'importance de leur participation aux formations proposées. Selon l'un des fondateurs de la méthode de codéveloppement professionnel (25), il s'agit d'une méthode d'animation « subtile et exigeante alors qu'elle paraît simple en apparence ».

3.5)La lecture du dossier documentaire

Les médecins ayant pris connaissance du dossier documentaire étaient proportionnellement plus nombreux à avoir prescrit de l'APA (55,1% versus 28,3%) et plus nombreux à penser que prescrire de l'APA apporterait un bénéfice à leurs patients (52,2% versus 30,4%). L'apport d'une information écrite reprenant les dernières données actualisées publiées sur le sujet semble donc avoir un impact positif sur les pratiques des médecins généralistes. Nous ne pouvons cependant pas exclure que les participants ayant lu le dossier documentaire soient également les plus motivés par le thème abordé et par conséquent les plus enclins à adhérer au dispositif.

Conclusion

Cette étude a permis de constater une augmentation significative du nombre de médecins généralistes ayant déjà rédigé une prescription d'APA à six mois de leur participation à un GQ sur le sujet. Aborder ce thème en groupe d'échange de pratique semble être une forme de sensibilisation adaptée, permettant d'échanger entre professionnels d'un même secteur sur les difficultés de terrain et de réfléchir ensemble aux solutions envisageables.
La prescription d'APA est un dispositif en cours de développement, peu connu des médecins généralistes comme des patients, sortant du cadre classique des thérapies médicamenteuses. De nombreux obstacles à la prescription d'APA ont été identifiés, en particulier la méconnaissance de l'offre existante et ces difficultés d'accès. L'absence de remboursement par l'Assurance Maladie, le manque de temps en consultation, le manque de formation à la prescription et le manque de motivation des patients en étaient également des freins importants.
D'autre part, ce travail montre l'intérêt, en ce qui concerne l'amélioration des pratiques, de s'appuyer sur un réseau pré-existant. Il met en lumière l'implication des participants aux GQ et le rôle essentiel joué par les animateurs au sein des groupes d'échange, indispensables à la stabilité et à la fiabilité des GQ.

Références bibliographiques

1. Fédération Française des Groupes Qualité. Groupes qualité en médecine générale. «Unité territoriale d'amélioration des pratiques et d'organisation professionnelle». Cahier des charges [Internet]. FFGQ ; Septembre 2015. 7 p. Disponible sur : https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2018/04/Cahier-Charges-GQ-10-09-2015.pdf

2. URPS-MLB. (Page consultée le 29/01/2020) Les groupes Qualité en Bretagne [en ligne]. Disponible sur : https://www.urpsmlb.org/sur-le-terrain/groupes-qualite/

3. Association APIMED. (Page consultée le 30/01/2020) Groupes Qualité APIMED. Un groupe d'échange de pratiques pas comme les autres. [en ligne]. Disponible sur : https://www.bretagne.paps.sante.fr/system/files/2019-12/APIMED%20D%C3%A9pliant%20GQ %20Bretagne_0.pdf

4. URPS-MLB. (Page consultée le 29/01/2020) Qui sommes nous ? [en ligne]. Disponible sur : https://www.urpsmlb.org/votre-urps/qui-sommes-nous/

5. URPS-MLB. Statuts de l'association URPS MLB [Internet]. URPS-MLB; 2016. 8 p. Disponible sur : https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2016/12/Statuts-URPS-Bretagne-.pdf?x37326

6. Association APIMED. Rapport d'évaluation de la démarche groupes qualité. Mars 2015. 55p.

7. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. Genève, OMS ; 2010. 60 p. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf?ua=1

8. ANSES. Actualisation des repères du Plan national Nutrition Santé (PNNS) relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Avis de l'Anses, rapport d'expertise collective [Internet]. ANSES ; février 2016. 584 p. Disponible sur : https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf

9. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain [Internet]. OMS ; 2019. 101 p. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/handle/10665/327168

10. Chi Pang Wen, Xifeng Wu. Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. The Lancet. 2012; 380(9838):192-3.

11. Balicco A, Oleko A, Szego E, Boschat L, Deschamps V, Saoudi A, et al. Protocole Esteban : une Étude transversale de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (2014–2016). Toxicologie Analytique et Clinique. Décembre 2017;29(4):517–37.

12. Ministère des Sports. Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques [Internet]. Sport Eco. Note d'analyse n°11. janvier 2018. Disponible sur : http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco_sportsantefinancespubliques2018.pdf

13. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Expertise collective. Activité physique : contextes et effets sur la santé. Paris: INSERM; 2008.

14. HAS. Rapport d'orientation. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. HAS ; avril 2011. 94 p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

15. Boiche J, Fervers B, Freyssenet D, Gremy I, Guiraud T, Moro C, et al. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques. Expertise collective [Internet]. Paris: INSERM; janvier 2019. 824 p. Disponible sur : https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques

16. Fabre C, Chavignay É. Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. Revue des Maladies respiratoires Actualités [Internet]. Janvier 2010;2(6):628–30. Disponible sur :
https://www.sfp-apa.fr/assets/docs/public/profession/definition_formation_legislation_en_APA.pdf

17. 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.

18. Assurance Maladie. (Page consultée le 10/09/2019). Prévalence des ALD en 2017, [en ligne]. Disponible sur :
https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php

19. Richards J, Hillsdon M, Thorogood M, Foster C. Face-to-face interventions for promoting physical activity. The Cochrane Database of Systematic Review 2013; Issue 9(CD010392).

20. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports. 2008;(2):154.

21. Kallings LV, Leijon ME, Kowalski J, et al. Self-reported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. J Phys Act Health 2009;6:483–92.

22. C. Raina Elley, Ngaire Kerse, Bruce Arroll, Elizabeth Robinson. Effectiveness Of Counselling Patients On Physical Activity In General Practice: Cluster Randomised Controlled Trial. BMJ: British Medical Journal. 2003;326(7393):793.

23. Hamlin MJ, Yule E, Elliot CA, Stoner L, Kathiravel Y. Long-term effectiveness of the New Zealand Green Prescription primary health care exercise initiative. Public Health. 2016 Nov ;140:102–8.

24. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des sports. Stratégie nationale sport-santé 2019-2024. Améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie [Internet]. 2019. 44 p. Disponible sur : http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snss_2019-2024_cs6_v5.pdf

25. Payette A, Champagne C. Le groupe de codéveloppement professionnel. Les Presses de l'Université du Québec. Ste-Foy ; 1997.

26. HAS. Guide méthodologique. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques [Internet]. HAS ; juin 2007. 59 p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf

27. Association APIMED. Rapport d'activité des groupes qualité : Année 2018. 2019. 11p.

28. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Tableaux d'effectifs et d'activités exercées [Internet]. Disponible sur : http://www.data.drees.sante.gouv.fr

29. Viltet A. Efficacité des groupes d'échange et d'analyse des pratiques d'internes de médecine générale: revue de littérature [Thèse d'exercice]. Poitiers : Université de Poitiers. 2017.

30. ARS. (Page consultée le 03/12/2018) Carnet de suivi Sport-santé, [en ligne]. Disponible sur : https://bretagne-sport-sante.fr/professionnels/

31. HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes [Internet]. HAS ; juillet 2019. 109 p. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf

32. Ministère chargé de la Santé. (Page consultée le 05/01/2019). Programme national nutrition santé. Catalogue d'activités physiques, [en ligne]. Disponible sur :
https://www.mangerbouger.fr/Bouger-plus/Vos-outils/Catalogue-d-activites-physiques

33. Comité national olympique et sportif français. Médicosport-santé. Le dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives [Internet]. CNOSF ; décembre 2018. 678 p.
Disponible sur : https://cnosf.franceolympique.com/cnosf/fichiers/File/Medical/Medicosport/Medicosport-sante_Edition2018.pdf

34. Instruction ministérielle 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.

35. Institut français d'opinion publique (IFOP). Les médecins généralistes et la prescription d'activités physiques [Internet]. 2015. Disponible sur : https://www.ifop.com/wpcontent/uploads/2018/03/3187-1-study_file.pdf

36. Arsenijevic J, Groot W. Physical activity on prescription schemes (PARS): do programme characteristics influence effectiveness? Results of a systematic review and meta-analyses. BMJ Open. 1 févr 2017;7(2):e012156.

37. Rucar B. Sport santé sur ordonnance : Analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en affection de longue durée chez des médecins généralistes ayant réalisé une formation à cette prescription [Thèse d'exercice]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warenbourg; 2018.

38. Dubois L. Facteurs limitant la prescription du «sport sur ordonnance» de Caen et pistes d'amélioration : étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. Caen : Faculté de Médecine de Caen ; 2019.

39. ARS. Les contrats locaux de santé [Internet]. Février 2018. Disponible sur : https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante

40. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine », Études et Résultats, n°1113 [Internet]. DREES ; mai 2019. Disponible sur :
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf

41. Riquier PA. Une intervention brève par le médecin généraliste permet-elle une augmentation de l'activité physique des patients ? [Thèse d'exercice]. Rouen : Faculté de Médecine de Rouen ; 2012.

42. Conn VS, Hafdahl AR, Mehr DR. Interventions to increase physical activity among healthy adults: meta-analysis of outcomes. Am J Public Health 2011;101(4):751-8.

43. Barthel E. Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens au sujet de la prescription d'activité physique [Thèse d'exercice]. Nancy : Faculté de Médecine de l'Université de Lorraine ; 2017.

44. Perwez T. Prescription de l'activité physique en médecine générale: point de vue des médecins généralistes en Picardie [Thèse d'exercice]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne ; 2018.

45. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. Science & Sports. 1 avr 2015;30(2):66-73.

46. Hours H. Etat des lieux de la formation à l'entretien motivationnel durant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale en France en 2016-2017 [Thèse d'exercice]. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier. 2017.

47. Chevallier E, Bultez J. Ressenti des médecins traitants de Rhône-Alpes concernant la prescription d'activité physique adaptée chez leurs patients [Thèse d'exercice]. Grenoble : Faculté de Médecine de Grenoble ; 2017.

48. ACSM's. Exercise Management for Persons With Chronic Diseases and Disabilities, 4th Edition. ProtoView. 2016; 21-23.

49. Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses : intérêt confirmé. Rev Prescrire 2008;28(297):542-4

50. Riou F, Piette C, Durand G, Chaperon J. Results of a 12-month quality-circle prescribing improvement programme for GPs. Br J Gen Pr 2007;57:574-6.

51. Wensing M, Broge B, Riens B, Kaufmann-Kolle P, Akkermans R, Grol R, et al. Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2009;18(9):763-9.

Abréviations

ANSES : …..... Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail
AP : …..... Activité Physique
APA : …..... Activité Physique Adaptée
APIMED : ……. Amélioration des Pratiques et de l'Information Médicale
ARS : …..... Agence Régionale de Santé
CNOSF : …..... Comité National Olympique et Sportif Français
CPOM : …..... Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DPC : …..... Développement Professionnel Continu
DRJSCS : ……. Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale
ETP : …..... Education Thérapeutique du Patient
FFGQ : …..... Fédération Française des Groupes Qualité
GQ : …..... Groupes Qualité
HAS : …..... Haute Autorité de Santé
INSERM : ……. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
OMS : …..... Organisation Mondiale de la Santé
PSSBE : …..... Plan « Sport, Santé, Bien-Être »
ROSP : …..... Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SFMG : …..... Société Française de Médecine Générale
STAPS : …..... Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
URCAM : …..... Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URPS : …..... Union Régionale des Professions de Santé
URPS-ML : ..... Union Régionale des Professions de Santé - Médecins libéraux
URPS-MLB : ... Union Régionale des Professions de Santé - Médecins Libéraux Bretons
URSSAF : ..... Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Annexes

ANNEXE 1 : Formulaire de prescription de l'APA

Tampon du Médecin	

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

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

Préconisation d'activité et recommandations

……
……. ……
……
……
……
……
……

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique[1]), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire[2]:

……

Document remis au patient ☐

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

Lieu date signature cachet professionnel

[1] Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD

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

ANNEXE 2 : Lettre d'information à l'attention des animateurs

A l'attention des animateurs

Le Groupe Qualité d'avril 2019 portant sur la prescription d'activité physique adaptée (APA) fera l'objet d'une étude s'inscrivant dans un travail de thèse de Médecine Générale.

Il s'agit d'en évaluer l'impact sur les pratiques des médecins participants, en recensant les ordonnances d'APA rédigées d'une part, et en analysant leurs réponses à deux questionnaires (avant/après) d'autre part. Nous espérons ainsi participer à la valorisation de la démarche qualité.

En tant qu'animateurs des Groupes Qualité sur la région Bretagne, votre participation apparaît essentielle au bon déroulement de cette étude.

Ci-dessous, un récapitulatif des différentes étapes clés vous concernant :

Groupe Qualité Mars 2019 :

- Remise à chaque médecin participant d'un ordonnancier accompagné du premier questionnaire. Il est important que le même numéro d'identification figure sur le questionnaire et sur l'ordonnancier de chaque médecin (ex. 28C).

- Les questionnaires devront être complétés et récupérés par les animateurs le jour-même.

- Après avoir récupéré les questionnaires : remise du dossier documentaire papier concernant le Groupe Qualité d'avril 2019 portant sur la prescription de l'APA.

- Envoi des questionnaires complétés par voie postale, via l'enveloppe pré-timbrée remise.

Groupes Qualité Septembre 2019 :

- Rappeler aux médecins participants de rapporter les feuillets autocopiants colorés des ordonnanciers de prescription de l'APA lors du prochain Groupe Qualité.

- 2ème rappel par mail quelques jours avant le Groupe Qualité d'octobre 2019.

Un second questionnaire et des enveloppes pré-timbrées vous seront remis lors d'une réunion ultérieure.

Groupe Qualité Octobre 2019 :

- Recueil des feuillets autocopiants provenant des ordonnanciers de prescription de l'APA.

- Distribution du second questionnaire.

Le numéro d'identification de chaque médecin participant doit correspondre à celui utilisé en Mars 2019, apparaissant également sur les ordonnanciers remis.

- Les questionnaires devront être complétés et récupérés par les animateurs le jour-même.

- Envoi des questionnaires complétés ainsi que des feuillets autocopiants par voie postale, via l'enveloppe pré-timbrée remise.

Je vous remercie grandement pour votre implication dans ce travail et me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire.

ANNEXE 3 : Dossier documentaire



PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Thème Avril 2019

Rédacteur : Emilie Carimalo

Contributeurs :
Sophie Cha, médecin de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)
Hervé Le Néel, médecin coordonnateur des groupes qualité bretons

CONTEXTE ET DEFINITIONS :

Inactivité physique :

Près d'un décès sur dix serait dû au manque d'activité physique [1].
L'inactivité physique est la pratique d'une activité physique inférieure à un seuil recommandé.

Seuils OMS 2010 :

- **18-64 ans** : au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au minimum cinq fois par semaine.
- **5-17 ans** : 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.
- **plus de 64 ans** : au moins 30 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée, ainsi que des exercices réguliers d'équilibre et de renforcement musculaire.

La pratique d'activités physiques inclue les temps de loisirs, de transport, l'activité en milieu de travail ou en milieu domestique.

Exemples d'activités physiques (AP) sollicitant l'aptitude cardio-respiratoires selon le contexte de pratique et l'intensité [2] :

AP cardio-respiratoire 30 min d'intensité modérée à élevée Au moins 5 jours par semaine – en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer			
Intensité	**Repères d'intensité**	**Activités de la vie quotidienne**	**AP de loisirs**
Modérée	Essoufflement modéré, conversation possible transpiration modérée échelle de pénibilité de l'OMS (5 à 6 sur 10) 55 à 70 % de FCmax	Marche à 5 - 6,5 km/h montée d'escaliers à vitesse lente	Nage Vélo à 15 km/h
Elevée	Essoufflement marqué, conversation difficile ; transpiration abondante ; échelle de pénibilité de l'OMS (7 à 8 sur 10) ; 70 à 90 % de FCmax	Marche rapide supérieure à 6,5 km/h Montée d'escaliers à vitesse rapide	Course à pied 8 - 9 km/h Vélo à 20 km/h.

En 2018, l'OMS estime que, dans le monde, un adulte sur quatre, et trois adolescents sur quatre (âgés de 11 à 17 ans) n'atteignent pas les recommandations d'activité physique pour la santé [3].

Sédentarité :

L'inactivité physique est à différencier de la sédentarité qui est définie par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible, en position assise ou allongée. Elle est considérée distinctement de l'inactivité physique, avec ses effets propres sur la santé [2].

On estime que la sédentarité est la cause principale de 21 à 25% des cancers du sein ou du colon, de 27% des cas de diabète et d'environ 30% des cas de cardiopathie ischémique [4].
Quel que soit le contexte (travail, transport, domestique, loisirs), il est recommandé :

- de réduire autant que possible le temps total quotidien passé en position assise
- d'interrompre les périodes prolongées passées en position assise ou allongée, au moins toutes les 90 à 120 min, par une marche de quelques minutes (3 à 5), accompagné de mouvements de mobilisation musculaire.

L'adoption d'un mode de vie actif résulte d'une part de l'augmentation l'activité physique, **et d'autre part** de la réduction du temps de sédentarité.

EN FRANCE :

Depuis les années 2000, la promotion d'une activité physique a fait l'objet de plusieurs rapports et a fait partie de nombreux plans de santé publique [5].

En France, l'étude Esteban 2014-2016 [6] de l'Agence santé publique France réalisée chez des adultes de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine, relevait que seuls 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique pour la santé. De plus, près de 90 % des adultes déclaraient 3 heures ou plus de comportements sédentaires par jour et 41 % plus de 7 heures. Les adultes qui déclaraient passer 3 heures ou plus devant un écran chaque jour, en dehors de toute activité professionnelle, étaient en forte progression (53 % en 2006 et 80 % en 2015). Un adulte sur cinq cumulait un niveau de sédentarité élevé et un niveau d'activité physique bas, inférieur aux recommandations pour la santé.

Le coût total de la sédentarité est estimé, en France, à près de 17 milliards d'euros par an, dont 14 milliards d'euros pour les dépenses de santé [7].

BENEFICES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE

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 a pu être chiffré qu'une pratique quotidienne de 15 min pourrait déjà diminuer le risque de 14 %. L'activité physique d'intensité modérée à élevée, dans la population générale, pourrait atténuer les effets de la sédentarité sur la mortalité précoce, particulièrement chez les sujets dont le temps de sédentarité est supérieur à 7 heures quotidiennes [2].

L'activité physique dans les pathologies chroniques :

Chez l'adulte, pratiquer une activité physique régulière et adaptée réduit le risque d'hypertension, de cardiopathies coronariennes, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, de cancer du sein et du colon, de dépression et de chute, améliore l'état des os et la santé fonctionnelle [8][9].

En 2012, les maladies chroniques non transmissibles étaient responsables de 68% des décès au niveau mondial, dont 40 % étaient des décès prématurés (avant l'âge de 70 ans) [10].

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées atteintes par les pathologies chroniques ne cesse de progresser.

Surpoids - Obésité :

En France, la prévalence du surpoids et de l'obésité est respectivement de 34 et 17 % chez l'adulte (18 à 79 ans).
La pratique d'une activité physique a un effet modeste sur la perte de poids, mais associée à un régime hypocalorique, elle limite la perte de masse musculaire et permet une réduction de la graisse abdominale et donc du tour de taille. Elle améliore la condition physique et les autres facteurs de risque cardio-vasculaire (HTA, dyslipidémies, pré-diabète, diabète de type 2), en améliorant notamment la sensibilité à l'insuline [11].

Diabète de type 2 :

En France, la prévalence du diabète sous traitement médicamenteux est à 4,6 % de la population, soit environ 3 millions de personnes.
La pratique d'une activité physique entraîne une baisse de la glycémie. Chez les patients sous traitement par hypoglycémiants oraux insulinosécréteurs (sulfamides ou glinides) ou sous insuline, il existe un risque d'hypoglycémie rendant l'autocontrôle glycémique indispensable lors d'activités physiques nouvelles ou inhabituelles.
Une activité physique régulière entraîne une augmentation de la sensibilité à l'insuline des tissus même au repos et améliore ainsi la tolérance au glucose. Elle améliore l'équilibre glycémique (HbA1c), réduit les risques de complications micro et macrovasculaires, ainsi que de mortalité toute cause et cardio-vasculaire.
Chez les patients pré-diabétiques, elle réduit de 30 à 50 % le risque de développer un diabète de type 2 [12].

Pathologies coronariennes :
Il s'agit de la maladie cardiaque la plus fréquente, première cause de mortalité dans les pays développés.
Le suivi d'un programme de réadaptation cardiaque (en général 3 à 4 semaines en hospitalisation complète) fondé sur l'activité physique induit une baisse de 30 % de la mortalité d'origine cardiovasculaire, de 26 % de la mortalité totale et une diminution de 31 % du risque de réhospitalisation [13].

Insuffisance cardiaque chronique :
Le réentraînement cardiaque chez l'insuffisant cardiaque chronique améliore les capacités cardio-respiratoires, la force musculaire, la qualité de vie et réduit le nombre de réhospitalisations. Cependant, son effet sur la mortalité reste discuté.
La sécurité du réentraînement physique chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique à fraction d'éjection altérée ou conservée, est prouvée et ceci quels qu'en soient l'étiologie et le niveau de sévérité [9].

AVC :
En France, l'AVC est la première cause de handicap acquis chez l'adulte (>500000 patients). Leur incidence annuelle est supérieure à 150 000, avec plus de 30 000 décès.
Les séquelles individuelles neuromusculaires et cognitives des AVC sont extrêmement variables. Il est cependant prouvé que le réentraînement après un AVC est bénéfique pour la capacité cardiorespiratoire (pic de VO2 et test de marche de 6 minutes), sur la force musculaire, sur la déambulation et sur les activités de la vie quotidienne [14].

BPCO :
La BPCO est la cause la plus fréquente de limitation irréversible de la fonction respiratoire. Elle est considérée comme la 3ème cause de mortalité au niveau mondial.
Chez les patients atteints de BPCO, l'activité physique a des effets bénéfiques sur la dyspnée, la sensation de fatigue, la tolérance à l'exercice et la qualité de vie. Elle permet de faire sortir le patient de la spirale négative du déconditionnement et de la sédentarité [15].

Cancers :
L'activité physique apporte des bénéfices chez les patients à toutes les étapes de la maladie. Elle améliore les capacités cardiorespiratoires, la composition corporelle et la fatigue dès le début du traitement, diminue les douleurs et certains effets secondaires des traitements.
Chez des patients atteints de cancers du sein, du côlon et de la prostate (non métastatique), l'activité physique, pratiquée avant ou après le diagnostic, est corrélée avec la réduction de la mortalité et du risque de récidive. L'effet positif apparaît d'autant plus important que le niveau d'activité physique est élevé [16].

L'APA, QU'EST-CE QUE C'EST?

L'activité physique adaptée (APA) est «une pratique [...] basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires» [17].
Lorsqu'un patient souhaite se lancer dans une APA, le recours à un encadrant permet de le rassurer, de l'accompagner et de lui donner les outils pour devenir autonome dans sa pratique.

Toute personne trop sédentaire ou éloignée de l'activité physique peut relever d'un programme d'APA.

Il s'agit d'une pratique « sur-mesure », en fonction des capacités physiques et des limitations fonctionnelles du patient, des spécificités de sa maladie et de son attirance pour une activité physique particulière. Une large variété de sports sont concernés : tennis, natation, gymnastique douce, marche nordique, footing, sports collectifs...

Depuis 2011, l'activité physique est une thérapeutique non médicamenteuse validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) [18]. Celle-ci a produit un guide de prescription de l'activité physique en novembre 2018, renforcée tout récemment par une expertise collective de l'INSERM [3]. Depuis

2017, le gouvernement reconnaît l'activité physique comme un facteur de prévention, encourage au développement de la pratique et prévoit d'accompagner le déploiement de la prescription de l'activité physique adaptée [19].

LE MEDECIN TRAITANT AU COEUR DE L'ACTION :

Qui de mieux placé que le médecin traitant pour promouvoir l'activité physique adaptée auprès de ses patients? Son rôle primordial dans la prise en charge des pathologies chroniques s'accompagne, au fil des consultations régulières, d'une connaissance plus large du contexte psycho-social, familial... lui permettant d'avoir une vision globale de la situation. Il peut ainsi adapter son discours et ses propositions thérapeutiques, interroger régulièrement le patient sur son activité physique et en suivre l'évolution.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 stipule en effet 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 ». Le décret du 30 décembre 2016 en détermine les conditions de dispensation [17].

Une ordonnance écrite aurait en moyenne deux fois plus de chances d'être convertie en actes qu'un conseil oral [9].

QUEL BILAN REALISER AVANT LA PRESCRIPTION DE L'APA?

Le rôle du médecin traitant est essentiellement de pointer les limitations fonctionnelles du patient.
Il n'y a quasiment aucune contre-indication à la pratique d'une activité physique d'intensité modérée, c'est-à-dire à une activité qui entraîne un essoufflement et une transpiration modérés, où la conversation reste possible : marche active, montée lente des escaliers, footing à moins de 8 km/h, jardinage…

Les bénéfices de la pratique d'une activité physique, adaptée si nécessaire, l'emportent sans conteste sur les risques encourus, quel que soit l'âge et l'état de santé des personnes.

Il n'est pas nécessaire de faire pratiquer une épreuve d'effort aux patients qui désirent reprendre une activité physique d'intensité faible à modérée. Cet examen reste indispensable lorsqu'une activité physique d'intensité forte est envisagée et/ou lorsque le risque cardiovasculaire est très élevé.

Le professionnel qui dispense les séances tient compte des limitations indiquées et évalue lui-même la condition physique du patient : capacités cardio-respiratoires (ex. test de marche de 6 min), force, souplesse (ex. distance doigt-sol), équilibre (ex. appui monopodal), motricité générale (ex. get up and go).

QUEL SUIVI MEDICAL DU PROGRAMME D'APA?

Le suivi repose sur la collaboration entre un prescripteur, le médecin traitant, et un encadrant, qui doit être un professionnel du sport santé. Il est très variable d'un patient à l'autre, selon l'évolution, la gravité de la pathologie...

En Bretagne, il existe un carnet de suivi Sport santé pouvant servir d'outil de liaison entre le patient et les différents professionnels impliqués dans son parcours en activité physique. On y trouve un résumé des bienfaits attendus de l'activité physique, les 10 recommandations des cardiologues du sport, un modèle de certificat médical, un espace destiné à faciliter les échanges entre les professionnels...
Consultable sur: https://bretagne-sport-sante.fr/telechargements/documents/Carnet_de_suivi.pdf

QUELS PROFESSIONNELS PEUVENT DISPENSER L'APA?

Pour des patients présentant des limitations fonctionnelles sévères, les séances d'APA peuvent être encadrées par des professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens) ou par des enseignants en APA (issus de la filière universitaire STAPS «activité physique adaptée et santé») :

	Critère d'évaluation	Niveau d'altération sévère
Fonctions locomotrices	Fonction neuromusculaire	Altération de la motricité et du tonus affectant **gravement** la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction ostéoarticulaire	Altération **importante** d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant **gravement** la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Fatigue ou **dyspnée** invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Ne peut vaincre une résistance **faible** pour plusieurs groupes musculaires **lors d'un mouvement quotidien**
	Marche	Distance parcourue inférieure à 150 mètres **lors du test de marche de 6 minutes**
Fonctions cérébrale	Fonctions cognitives	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété ou de dépression
Fonctions sensorielles et douleur	Capacité visuelle	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement familier
	Capacité sensitive	Stimulations sensitives non perçues, non localisées
	Capacité auditive	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	Déséquilibres sans rééquilibrage. Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Douleur constante et **très invalidante** avec ou sans activité

Les patients sans limitation ou présentant des limitations minimes pourront être orientés vers des éducateurs sportifs ou autres professionnels de l'activité physique (titulaires d'un diplôme fédéral, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle).
Les enseignants en APA sont plus souvent sollicités lorsqu'il existe des limitations fonctionnelles, qu'elles soient minimes à sévères.

MÉTIERS ▾ LIMITATIONS ▸	AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
Masseurs / Kinésithérapeutes	+/-	+	++	++
Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leur champ de compétences respectif)	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++
Enseignants en APA[1]	+/-	++	+++	++
Éducateurs sportifs	+++	+++	+	non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+[2]	non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+[2]	non concernés

POURQUOI CELA TARDE-T-IL A SE DEVELOPPER?

Culturellement, un mode de vie inactif ne choque plus, il est aujourd'hui si fréquent que l'on a tendance à le banaliser. Et les représentants du corps médical ne sont bien sûr pas épargnés.

Le manque de lien entre le milieu sportif et le monde médical constitue l'une des principales difficultés [20].

Il existe une importante méconnaissance de l'offre d'APA existante. Le site internet https://bretagne-sport-sante.fr/ offre un recensement (non exhaustif) des activités physiques proposées aux personnes atteintes de pathologies chroniques, en région Bretagne. Pour apparaître sur ce site, les structures doivent préalablement avoir signé la charte Sport Santé Bien Être avec l'Agence Régionale de Santé et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale; celle-ci permet de s'assurer, sur la base de quelques critères, de la qualité des séances d'activités physiques proposée par les structures. Ce site sera prochainement remastérisé, pour plus de lisibilité et d'accessibilité.

Il semble également nécessaire de faire évoluer les propositions des associations et fédérations sportives, jusqu'alors souvent tournées vers le sport de compétition, la recherche de performance sportive... Et d'inciter au développement de sections Sport santé afin d'en diversifier l'offre et l'accessibilité. De nombreuses fédérations ont mis en place des formations de leurs encadrants dans cet objectif (Athlétisme, hand-ball, basket, kayak, escrime, tennis...) afin d'être en mesure de proposer des prises en charges individualisées, douces, progressives et non traumatisantes.

Le terme de « sport-santé » doit être encouragé, même si de nombreux patients ne se perçoivent pas comme sportifs, afin d'accompagner cette révolution du monde sportif : il convient de faire des pratiquants ordinaires les nouveaux ambassadeurs de l'Activité Physique et Sportive.

Le manque d'information et de formation des prescripteurs restent à ce jour un frein important au développement de la pratique [21][22].
Une formation à la prescription d'activité physique pour les médecins généralistes est nécessaire si l'on veut améliorer l'observance et la durabilité de l'activité physique pratiquée. Cette compétence, qui n'est aujourd'hui que très peu prise en compte dans les facultés de médecine française, fait défaut aux médecins généralistes qui, en majorité, ne savent pas comment ni quoi prescrire.
Les choses avancent progressivement. Par exemple, une unité d'enseignement intitulée «Bienfaits de l'activité physique ou sportive en médecine» a été intégrée depuis peu à la 3ème année des études médicales à l'Université de Rennes 1.

A ce jour, l'Assurance Maladie ne prévoit pas le remboursement des séances d'APA, ce qui limite fortement son accessibilité pour les personnes les moins aisées.

Des collectivités territoriales (mairies, communautés de communes...) ont pris des initiatives pour favoriser l'accès à l'activité sportive (ex. Carte «SORTIR» à Rennes destinée au public moins aisé), y compris en prenant en charge des programmes d'APA pour les personnes en ALD (ex. Dispositif «Sport santé sur ordonnance» (SSSO) à Strasbourg).

Certaines assurances et mutuelles prévoient une prise en charge, souvent partielle : La MAIF, SwissLife, CNM Santé, Harmonie Mutuelle, la Mutuelle des Sportifs...

Pour des séances avec un coach sportif agréé «service à la personne», les patients peuvent bénéficier d'une réduction ou d'un crédit d'impôt de 50% des dépenses effectuées (dans la limite d'un plafond annuel de 12000 euros, voire 20000 euros pour les personnes invalides).

Nous pouvons espérer qu'à l'avenir, la prescription de l'APA puisse accéder à une prise en charge par l'Assurance-Maladie, renforçant l'intérêt d'un développement de ces programmes dès à présent.

Bibliographie

1. Chi Pang Wen, Xifeng Wu. Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. The Lancet. 2012; 380(9838):192-3.

2. ANSES. Actualisation des repères du Plan national Nutrition Santé (PNNS) relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Avis de l'Anses, rapport d'expertise collective [Internet]. ANSES ; février 2016. 584 p. Disponible sur : https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf

3. OMS. Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain [Internet]. OMS ; 2019. 101 p. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/handle/10665/327168

4. OMS. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. Genève, OMS ; 2010. 60 p. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf?ua=1

5. HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes [Internet]. HAS ; juillet 2019. 109 p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf

6. Balicco A, Oleko A, Szego E, Boschat L, Deschamps V, Saoudi A, et al. Protocole Esteban : une Étude transversale de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (2014–2016). Toxicologie Analytique et Clinique. Décembre 2017;29(4):517–37.

7. Ministère des Sports. Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques [Internet]. Sport Eco. Note d'analyse n°11. janvier 2018. Disponible sur : http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco_sportsantefinancespubliques2018.pdf

8. Warburton D, Nicol CW, Bredin S. Health benefits of physical activity: the evidence. Can Med Assoc J. 2006;174:801–809.

9. Boiche J, Fervers B, Freyssenet D, Gremy I, Guiraud T, Moro C, et al. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques. Expertise collective [Internet]. Paris: INSERM; janvier 2019. 824 p. Disponible sur : https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques

10. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles. Atteindre les neuves cibles mondiales : une responsabilité partagée [Internet]. OMS ; 2014. 16 p. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149294/WHO_NMH_NVI_15.1_fre.pd?sequence=1

11. Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive - Surpoids et obésité de l'adulte. Septembre 2018.

12. Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive - Diabète de type 2. Septembre 2018.

13. Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive - Maladie coronarienne stable. Septembre 2018.

14. Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive - Accidents vasculaires cérébraux. Septembre 2018.

15. Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive - Bronchopneumopathie obstructive. Septembre 2018.

16. Ancellin, R., Gaillot-de Saintignon, J. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer : des connaissances scientifiques aux repères pratiques. Oncologie. Mars 2017 ;**19 :**95–107.

17. 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.

18. HAS. Rapport d'orientation. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. HAS ; avril 2011. 94 p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

19. Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

20. Agence Régionale de Santé, Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale. « Plan Sport, Santé, Bien-Etre » - Région Bretagne - Bilan 2013-2017.

21. Carré F. Sport sur ordonnance, comment faire? Presse Med. 2017; 46: 745-750.

22. Rucar B. Sport santé sur ordonnance : Analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en affection de longue durée chez des médecins généralistes ayant réalisé une formation à cette prescription [Thèse d'exercice]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warenbourg; 2018.

ANNEXE 4 : Premier questionnaire

Le Groupe Qualité d'avril 2019 portant sur la prescription d'activité physique adaptée (APA) fera l'objet d'une étude s'inscrivant dans un travail de thèse de Médecine Générale, dirigée par Dr MAS Frédéric, président d'APIMED.

Il s'agit d'évaluer l'impact de cette sensibilisation sur les pratiques des médecins participants aux Groupes Qualité bretons, dans un but de valorisation de la démarche qualité.

Ce premier questionnaire vise à effectuer un état des lieux de vos pratiques et ressentis concernant la prescription d'APA. Cela ne vous prendra que quelques minutes.

Votre participation est facultative et anonyme.

L'ensemble législatif composé par l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26/01/16, le décret du 30/12/16 et l'instruction interministérielle du 03/03/17 permet au médecin traitant de prescrire sous certaines conditions l'activité physique adaptée aux patients en ALD.

Q1. Quel âge avez-vous? .....

Q2. Vous êtes : O un homme O une femme

Q3. Quel est votre type d'exercice?

O Urbain

O Semi-urbain

O Rural

Q4. Quel est votre mode d'exercice?

Plusieurs réponses possibles

O Exercice individuel

O Cabinet de groupe

O Pôle pluriprofessionnel/MSP*

O Travail en exercice coordonné**

*MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

**Exercice coordonné : ce que VOUS considérez comme une forme d'exercice coordonné (avec d'autres professionnels de santé, des établissements de soins ou médico-sociaux, des services sociaux, une plate-forme territoriale d'appui)

Q5. Depuis combien d'année(s) participez-vous aux groupes qualité? .....

Q6. Avez-vous un mode d'exercice particulier? O Oui O Non

Si oui, précisez *(plusieurs réponses possibles) :*

O Médecine du sport

O Médecine d'urgence

O Médecine gériatrique

O Gynécologie

O Ostéopathie

O Hypnose

O Nutrition

O Acupuncture

O Homéopathie

O Autre, précisez : .....

.....

.....

Q7. Avez-vous déjà rédigé une prescription d'APA? O Oui O Non

Si oui, combien dans les 6 derniers mois (estimation)? .....

Q8. Sur les 6 derniers mois, j'ai proposé la prescription d'APA à mes patients :

O 0 fois O Entre 1 et 5 fois O Entre 6 et 10 fois O Plus de 10 fois

Q9. Sur les 6 derniers mois, j'ai eu des demandes spontanées de prescription d'APA par mes patients :

O 0 fois O Entre 1 et 5 fois O Entre 6 et 10 fois O Plus de 10 fois

Q10. Avez-vous refusé de rédiger une prescription d'APA dans les 6 derniers mois?

O Oui O Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s)?.....

.....

.....

Q11. Avez-vous déjà été sensibilisé à la prescription d'APA?

O Oui O Non

Si oui, par quel(s) biais?.....

....

....

Q12. Ma prescription de l'APA apportera-t-elle un bénéfice à mes patients?

O Oui O Non O Je ne sais pas

Q13. Selon vous, quels patients devraient pouvoir bénéficier de la prescription d'APA?

Plusieurs réponses possibles

◦ Patients en ALD : O Oui O Non O Je ne sais pas

◦ Patients gériatriques : O Oui O Non O Je ne sais pas

◦ Patients éloignés de l'activité physique : O Oui O Non O Je ne sais pas

◦ Patients ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire :

O Oui O Non O Je ne sais pas

◦ Autre(s), précisez : .....

.....

.....

Q14. Selon vous, quels professionnels sont aptes à dispenser des séances d'APA?

Plusieurs réponses possibles

◦ Enseignants en APA : O Oui O Non O Je ne sais pas

◦ Educateurs sportifs : O Oui O Non O Je ne sais pas

◦ Kinésithérapeutes : O Oui O Non O Je ne sais pas

◦ Ergothérapeutes : O Oui O Non O Je ne sais pas

◦ Ostéopathes : O Oui O Non O Je ne sais pas

◦ Psychomotriciens : O Oui O Non O Je ne sais pas

◦ Autres, précisez : .....

.....

Q15. Je me sens apte à rédiger une prescription d'APA.

O Tout à fait d'accord O Plutôt en désaccord

O D'accord O Pas d'accord

O Plutôt d'accord O Pas du tout d'accord

Q16. Le non remboursement de l'APA par l'Assurance Maladie est un obstacle à ma prescription.

O Tout à fait d'accord O Plutôt en désaccord

O D'accord O Pas d'accord

O Plutôt d'accord O Pas du tout d'accord

Q17. Certains de mes patients ne souhaitent pas de prescription d'APA en raison du non remboursement par l'Assurance Maladie.

O Vrai O Faux O Je ne sais pas

Q18. Le manque de temps en consultation est un obstacle à ma prescription de l'APA.

O Tout à fait d'accord O Plutôt en désaccord

O D'accord O Pas d'accord

O Plutôt d'accord O Pas du tout d'accord

Q19. Le manque de motivation des patients est un obstacle à ma prescription de l'APA.

O Tout à fait d'accord
O D'accord
O Plutôt d'accord
O Plutôt en désaccord
O Pas d'accord
O Pas du tout d'accord

Q20. Avez-vous identifié d'autre(s) obstacle(s) à votre prescription de l'APA?

O Oui O Non

Si oui, précisez : .....

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

Q21. Je suis suffisamment informé(e) sur le plan régional «sport santé bien-être».

O Tout à fait d'accord
O D'accord
O Plutôt d'accord
O Plutôt en désaccord
O Pas d'accord
O Pas du tout d'accord

Q22. Je suis suffisamment informé(e) sur les structures d'accueil prenant en charge ce type de prescription dans mon secteur.

O Tout à fait d'accord
O D'accord
O Plutôt d'accord
O Plutôt en désaccord
O Pas d'accord
O Pas du tout d'accord

Commentaires libres :

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

Je vous remercie d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

Cette étude se poursuivra avec un deuxième questionnaire qui vous sera remis lors du Groupe Qualité d'octobre 2019 par vos animateurs.

D'autre part, un ordonnancier avec un formulaire spécifique de prescription de l'APA vous a été remis.

Nous vous proposons, dans le cadre de ce travail de thèse, de participer au recensement de ces prescriptions. Pour cela, il vous suffit d'en conserver chaque feuillet autocopiant coloré et de les remettre à votre animateur lors du Groupe Qualité d'octobre 2019.

Acceptez-vous de participer au recensement de vos prescriptions d'APA via l'ordonnancier ci-joint et selon les modalités exposées ci-dessus?

O Oui O Non

ANNEXE 5 : Deuxième questionnaire

Questionnaire adressé uniquement aux médecins ayant participé au Groupe Qualité d'avril 2019 sur la prescription d'activité physique adaptée (APA).

Une démarche au service de la santé
GROUPES QUALITÉ

En mars dernier, vous avez été invités à compléter un questionnaire portant sur la prescription d'APA par le médecin traitant, thème dont vous avez eu l'occasion de discuter durant le Groupe Qualité d'avril 2019.

Un ordonnancier de prescription de l'APA vous avait également été remis afin d'en faciliter la rédaction et de procéder à leur recensement.

Ce deuxième questionnaire vient compléter le travail de thèse de Médecine Générale, dirigée par Dr MAS Frédéric, président d'APIMED, visant à évaluer l'impact de cette sensibilisation sur les pratiques des médecins participants aux Groupes Qualité bretons, dans un but de valorisation de la démarche qualité.

Cela ne vous prendra que quelques minutes. Votre participation est facultative et anonyme.

Q1. Quel âge avez-vous? .....

Q2. Vous êtes : O un homme O une femme

Q3. J'aborde plus régulièrement la question de l'activité physique en consultation depuis le Groupe qualité d'avril 2019?

O Tout à fait d'accord
O D'accord
O Plutôt d'accord
O Plutôt en désaccord
O Pas d'accord
O Pas du tout d'accord

Q4. Aviez-vous pris connaissance du dossier documentaire sur l'APA?

O Oui O Non O Je ne sais pas

Q5. Ma prescription de l'APA apportera un bénéfice à mes patients.

O Oui O Non O Je ne sais pas

Q6. Je me sens apte à rédiger une prescription d'APA.

O Tout à fait d'accord
O D'accord
O Plutôt d'accord
O Plutôt en désaccord
O Pas d'accord
O Pas du tout d'accord

Q7. Avez-vous déjà rédigé une prescription d'APA? O Oui O Non

Si oui, combien dans les 6 derniers mois (estimation)? .....

Q8. Sur les 6 derniers mois, j'ai proposé la prescription d'APA à mes patients :

O 0 fois O Entre 1 et 5 fois O Entre 6 et 10 fois O Plus de 10 fois

Q9. Sur les 6 derniers mois, j'ai eu des demandes spontanées de prescription d'APA par mes patients :

O 0 fois O Entre 1 et 5 fois O Entre 6 et 10 fois O Plus de 10 fois

Q10. Avez-vous refusé de rédiger une prescription d'APA depuis votre participation au Groupe Qualité d'avril 2019 sur le sujet?

O Oui O Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s)?.....

.....

.....

Q11. Je me sens à l'aise avec le formulaire de prescription d'APA proposé dans l'ordonnancier.

O Tout à fait d'accord O Plutôt en désaccord

O D'accord O Pas d'accord

O Plutôt d'accord O Pas du tout d'accord

Commentaires/Suggestions :

.....

.....

.....

Q12. Ma prescription écrite de l'APA a plus d'impact qu'un conseil oral.

O Tout à fait d'accord O Plutôt en désaccord

O D'accord O Pas d'accord

O Plutôt d'accord O Pas du tout d'accord

Q13. Le non remboursement de l'APA par l'Assurance Maladie est un obstacle à ma prescription.

O Tout à fait d'accord O Plutôt en désaccord

O D'accord O Pas d'accord

O Plutôt d'accord O Pas du tout d'accord

Q14. Certains de mes patients ne souhaitent pas de prescription d'APA en raison du non remboursement par l'Assurance Maladie.

O Vrai O Faux O Je ne sais pas

Q15. Le manque de temps en consultation est un obstacle à ma prescription de l'APA.

O Tout à fait d'accord O Plutôt en désaccord

O D'accord O Pas d'accord

O Plutôt d'accord O Pas du tout d'accord

Q16. Le manque de motivation des patients est un obstacle à ma prescription de l'APA.

O Tout à fait d'accord
O D'accord
O Plutôt d'accord
O Plutôt en désaccord
O Pas d'accord
O Pas du tout d'accord

Q17. Avez-vous identifié d'autre(s) obstacle(s) à votre prescription de l'APA?

O Oui O Non

Si oui, précisez : .....
.....
.....
.....

Q18. Selon vous, quels patients devraient pouvoir bénéficier de la prescription d'APA?

Plusieurs réponses possibles

◦ Patients en ALD : O Oui O Non O Je ne sais pas
◦ Patients gériatriques : O Oui O Non O Je ne sais pas
◦ Patients éloignés de l'activité physique : O Oui O Non O Je ne sais pas
◦ Patients ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire : O Oui O Non O Je ne sais pas
◦ Autre(s), précisez : .....
.....

Q19. Selon vous, quels professionnels sont aptes à dispenser des séances d'APA?

Plusieurs réponses possibles

◦ Enseignants en APA : O Oui O Non O Je ne sais pas
◦ Educateurs sportifs : O Oui O Non O Je ne sais pas
◦ Kinésithérapeutes : O Oui O Non O Je ne sais pas
◦ Ergothérapeutes : O Oui O Non O Je ne sais pas
◦ Ostéopathes : O Oui O Non O Je ne sais pas
◦ Psychomotriciens : O Oui O Non O Je ne sais pas
◦ Autres, précisez : .....
.....
.....

Q20. Je suis suffisamment informé sur le plan régional «sport santé bien-être».

O Tout à fait d'accord
O D'accord
O Plutôt d'accord
O Plutôt en désaccord
O Pas d'accord
O Pas du tout d'accord

Q21. Je suis suffisamment informé(e) sur les structures d'accueil prenant en charge ce type de prescription dans mon secteur.

O Tout à fait d'accord
O D'accord
O Plutôt d'accord
O Plutôt en désaccord
O Pas d'accord
O Pas du tout d'accord

Q22. J'ai parlé du Groupe Qualité d'avril 2019 sur la prescription d'APA à des confrères n'y ayant pas participé.

O Oui O Non

Q23. Aborder le sujet de la prescription d'APA dans les Groupes Qualité est une bonne forme de sensibilisation.

O Tout à fait d'accord
O D'accord
O Plutôt d'accord
O Plutôt en désaccord
O Pas d'accord
O Pas du tout d'accord

Commentaires libres/attentes/suggestions :

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

Je vous remercie grandement pour votre participation à cette étude et ne manquerai pas de vous tenir informés des résultats.

<u>ANNEXE 6</u> : Contre-indications et limitations cardio-vasculaires, respiratoires et métaboliques à l'AP (concernant les AP d'intensité au moins modérée et sans prise en charge en rééducation) (15b)

Contre-indications absolues	Contre-indications relatives pour les AP élevées
- Angor instable - Insuffisance cardiaque décompensée - Troubles rythmiques ventriculaires complexes - Hypertension artérielle sévère non contrôlée - Hypertension artérielle pulmonaire (> 60 mm Hg) - Présence de thrombus intra-cavitaire volumineux ou pédiculé - Épanchement péricardique aigu - Myocardiopathie obstructive sévère - Rétrécissement aortique serré et/ou symptomatique - Thrombophlébite récente avec ou sans embolie pulmonaire - Diabète avec mal perforant plantaire pour les AP sollicitant les membres inférieurs	- Insuffisance respiratoire chronique sous O_2 de longue durée - Pathologies respiratoires chroniques sévères (qui peuvent désaturer à l'effort) **Contre-indications temporaires** - Toutes affections inflammatoires et/ou infectieuses évolutives - Épisode récent d'exacerbation respiratoire (moins de 3 semaines) - Pathologies respiratoires non contrôlées - Diabète non contrôlé avec acétonurie/acétonémie **Précautions** La prudence doit être de règle chez le patient insuffisant cardiaque, qui a un risque de troubles du rythme élevé.

U.F.R. DE **MEDECINE** DE RENNES

N° 40-2020-

CARIMALO, Emilie .- Impact de la participation des médecins généralistes à un groupe qualité au sujet de la prescription de l'activité physique adaptée : étude avant/ après.

59 feuilles., 9 illustrations., 2 tableaux., 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2020 ; N° .

Résumé

INTRODUCTION : Les groupes qualité (GQ) sont des groupes d'échange de pratiques de médecins généralistes. En avril 2019, les GQ bretons ont abordé la prescription d'activité physique adaptée (APA). **METHODE** : Etude évaluative, avant/après, réalisée via deux questionnaires complétés en mars et octobre 2019. L'objectif était d'améliorer la prescription d'APA. Pour cela, nous avons évalué la proportion de médecins prescripteurs d'APA, quantifié le nombre de prescriptions rédigées, évalué les freins à la prescription et l'impact de l'environnement des GQ. **RESULTATS** : Sur les 368 médecins inscrits aux GQ bretons, 49,2% (n=181) remplissaient les critères d'inclusion, le nombre de médecins prescripteurs avait augmenté ($p<0,0001$), ainsi que le nombre de prescription rédigées ($p<0,0001$). Le principal frein mis en évidence est le manque d'information. Les taux de réponse et de prescription étaient plus élevés dans les groupes dont les animateurs avaient participé à la journée séminaire organisée en amont. **CONCLUSION** : L'étude a montré un impact positif sur l'évolution des pratiques en termes de prescription d'APA. Nouveau format d'évaluation des GQ jusqu'alors réalisée uniquement par des indicateurs médico-économiques.

Abstract

INTRODUCTION : Quality circles (QC) are work discussion groups of general practitioners (GP). In april 2019, QC of brittany discussed about adapted physical activity (APA) prescription. **METHOD** : Evaluative, before/after study, by two questionnaires completed in march and october 2019. The objective was to improve APA prescription. With that aim, we assessed the proportion of GP who prescribed APA, quantified the written prescriptions, evaluated the obstacles to prescription and the effect of QC environment. **RESULTS** : Among the 368 GP registered in QC of brittany, 49,2% (n=181) fulfilled the inclusion criteria, the number of GP who prescribed APA increased ($p<0,0001$), as well as the number of written prescription ($p<0,0001$). The main obstacle observed was the lack of information. Response and prescription rates were higher in the groups whose facilitators participated in the seminar day organized upstream. **CONCLUSION** : This study showed an evolution of practices regarding the APA prescription. New type of QC's evaluation, until then carried out only through medico-economic indicators.

Rubrique de classement :		EVALUATION ET AMELIORATION DES PRATIQUES
Mots-clés :		Groupes qualité, échange de pratiques, groupes de pairs, évaluation des pratiques, activité physique, activité physique adaptée, sport sur ordonnance, thérapie non médicamenteuse, médecine générale, étude avant/après
Mots-clés anglais MeSH :		Quality circles, work discussion groups, evaluation of practices, physical activity, adapted physical activity, sport prescription, non-drug therapy, general medecine, before/after study
JURY :	Président :	M. François CARRE
	Assesseurs :	M. Frédéric MAS [directeur de thèse]
		M. Frédéric SCHNELL
		M. Anthony CHAPRON
		Me. Sophie CHA
		M. Pascal JARNO