



HAL
open science

Promotion de l'activité physique auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique par les délégués de l'assurance maladie

Emeline Dillot

► To cite this version:

Emeline Dillot. Promotion de l'activité physique auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique par les délégués de l'assurance maladie. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04186700

HAL Id: dumas-04186700

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04186700>

Submitted on 24 Aug 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Emeline DILLOT

Présentée et soutenue publiquement le 01 juin 2023

Promotion de l'activité physique auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique par les délégués de l'assurance maladie

Président : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directeur de thèse : Docteur Pierre CAILLAULT

Remerciements

Au **Docteur Pierre Caillault** : Merci d'avoir dirigé ma thèse, et d'avoir été aussi disponible tout au long de ce travail. Merci de ta confiance et de ton soutien.

A **Monsieur le Professeur Cédric Rat** : Merci de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse.

A **Madame la Professeure Laure De Decker**, : Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

A **Monsieur le Docteur Jean-Louis Vanhille** : Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Votre collaboration au sein de ce projet a été précieuse.

A **Monsieur le Docteur Jean-Baptiste Amélineau** : Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Merci à **Antoine Varnier**, **Anthony Citeau**, responsables des DAM de la CPAM 44, et **Sophie Parasote**, responsables du service prévention de la CPAM 44, de m'avoir épaulé tout au long de ce travail.

Merci à Emilie et Laëtitia pour leur implication dans la campagne et de m'avoir accueillie lors des visites.

Merci à mes parents, mes frères Chaille et Pierrot, à Alexandra et Audrey mes belles sœurs de m'avoir soutenue depuis le début de mes études. Le chemin fut long mais vous étiez là à chaque étape.

J'espère avoir donné un peu le goût de la médecine à mes 3 petits neveux Hugo, Gabin et Maxine.

Merci à Michel et Françoise qui m'ont été importants depuis ma tendre enfance, et qui le sont tellement encore.

Merci aux médecins que j'ai pu croiser durant mes années d'internat, vous avez su me transmettre votre passion et votre savoir. J'ai pris en chacun de vous un morceau de ce qui me définit aujourd'hui.

Merci à Camille, Elise et Ariane, amies depuis les premiers bancs de la fac.

A Mégane, qui malgré la distance a toujours été d'un soutien exceptionnel.

Merci à Guillemette, mon binôme en toutes circonstances depuis 3 ans, à Hortense, Christophe, Jean-Brice, Clara, Florian, Aurélie, Emma, Melvin, Eva et bien d'autres encore, pour cette amitié et ces trois premières belles années à Nantes.

Enfin, à toi Mathias qui m'accompagne depuis bientôt un an, toi qui m'as déjà tant soutenue et rassurée. A nos aventures réalisées, mais surtout à celles à venir.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	4
Liste des abréviations	6
Liste des tableaux et figures	7
Avant-propos	9
Introduction	12
1- Etat des lieux sur l'activité physique et sa prescription	12
a. Définitions	12
b. Evolution des directives gouvernementales	15
c. La prescription d'activité physique	21
2- Vers un changement des pratiques	23
a. Des patients.....	23
b. Des médecins généralistes et professionnels de santé	24
c. Des recommandations.....	25
3- L'Assurance Maladie et les délégués	27
a. Contexte.....	27
b. Les délégués de l'Assurance Maladie	28
Méthodologie	30
1- Choix de la méthode.....	30
2- Population étudiée et recrutement	30
3- Déroulé de l'étude	30
4- Recueil des données	32
5- Analyse des données	32
6- Caractéristiques de l'enquêteur	32
7- Aspects éthiques et réglementaires	33
Résultats	34
1- Population d'étude.....	34
2- Préparation de la campagne.....	34
3- Formation des DAM.....	35
a. Questionnaire pré-formation.....	35
b. Questionnaire de fin de formation	39
4- La campagne de promotion d'activité physique	42

5- Evaluation de la campagne a posteriori.....	46
a. Evolution du sentiment de compétence des DAM pour promouvoir l'activité physique lors de la campagne	46
b. Accueil de la campagne par les médecins généralistes	47
c. Evaluation de la campagne par les DAM	50
Discussion	54
Contexte de l'étude	54
Résultats principaux	55
Comparaison avec la littérature actuelle.....	56
Validité de l'étude	58
Forces de l'étude	58
Faiblesses de l'étude	58
Perspectives	59
Conclusion.....	62
Bibliographie.....	64
Annexes	68
Annexe 1 : Questionnaire de début de formation des DAM le 26/09/2022	68
Annexe 2 : Questionnaire de fin de formation des DAM le 26/09/2022.....	71
Annexe 3 : Questionnaire de Ricci et Gagnon	73
Annexe 4 : Questionnaire de fin de campagne	74

Liste des abréviations

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de la Santé

CNOSF : Comité National Olympique et Sportif Français

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DAM : Délégués de l'assurance Maladie

DRAJES : Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, l'Engagement et au Sport

DRJS : Direction Régionale de la jeunesse et des Sports

DRJSCS : Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé

ESTEBAN : Etude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

INPES : Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé

MMS : Maison Sport Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNAPS : Plan National de Prévention par les Activités Physiques ou Sportives

PRSSBE : Plan Régional Sport Santé Bien Etre

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SJSVA : Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative

SRAE : Structure Régionale d'Appui et d'Expertise en Nutrition

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : *Type de récolte des données en fonction des étapes de l'étude*

Figure 1 : *Romain et Bernard 2018. Clinicians guide to physical activity for people with mental illness*

Figure 2 : *Carte des maisons Sport-Santé en Loire Atlantique en 2023*

Figure 3 : *Parcours du patient orienté vers le dispositif "On y va"*

Figure 4 : *Modèle trans-théorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente*

Figure 5 : *En ordonnée, estimation de la compétence du DAM entre 0 et 10 pour promouvoir l'activité physique auprès des médecins généralistes*

Figure 6 : *Déclaration des DAM sur le fait d'être sportif*

Figure 7 : *Déclaration des DAM sur le fait d'être physiquement actif*

Figure 8 : *Axes prioritaires importants pour les DAM permettant d'aborder plus facilement l'activité physique auprès des médecins généralistes*

Figure 9 : *Réponses des DAM à la question "le format de la journée était-il adapté?"*

Figure 10 : *Réponses des DAM à la question "la formation a répondu à mes attentes"*

Figure 11 : *Tendances du sentiment de compétence des DAM entre 0 et 10 pour promouvoir l'activité physique auprès des médecins généralistes*

Figure 12 : *Réponses des DAM à la question : "Je me sens plus compétent pour aborder la prescription d'activité physique auprès des médecins généralistes"*

Figure 13 : *Moment de l'entretien où était abordé l'activité physique*

Figure 14 : *Format de support utilisés lors des entretiens*

Figure 15 : *Estimation par les DAM des connaissances des médecins généralistes sur des partenaires « sport-santé »*

Figure 16 : *Estimation par les DAM des connaissances des médecins généralistes sur le dispositif "On y va"*

Figure 17 : *Aisance des DAM en début de campagne pour promouvoir l'activité physique*

Figure 18 : Evolution de l'aisance du DAM au fur et à mesure de la campagne pour promouvoir l'activité physique

Figure 19 : Niveau de satisfaction des médecins généralistes concernant la présentation du dispositif "On y va"

Figure 20 : Mise en évidence de freins par les médecins généralistes sur la promotion de l'activité physique

Figure 21 : Types de freins à la promotion d'activité physique relevés par les médecins généralistes

Figure 22 : Amélioration des freins des médecins généralistes après les entretiens sur la promotion de l'activité physique selon les DAM

Figure 23 : Leviers possibles relevés par les médecins généralistes à la promotion de l'activité physique déclarés par les DAM

Figure 24 : Demande de support d'information des médecins généralistes selon les DAM

Figure 25 : Importance selon les DAM d'un lien entre les différents thèmes abordés

Figure 26 : Avantages de la campagne identifiés par les DAM

Figure 27 : Limites de la campagne identifiées par les DAM

Avant-propos

« Les bénéfices de la pratique d'une activité physique ne sont plus à démontrer et l'emportent sans conteste sur les risques encourus ». (1)

En prévention primaire, la pratique d'une activité physique est d'autant plus intéressante pour la réduction de la mortalité et de l'incidence des maladies chroniques qu'elle est réalisée de façon régulière, intense et soutenue dans le temps. En prévention secondaire ou tertiaire, les bénéfices d'une activité physique sont également présents en tant que soin complémentaire ou traitement curatif.

La prévalence des maladies chroniques augmente partout dans le monde, alors qu'une prévention est possible (2). Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2022 (3), les maladies chroniques non transmissibles sont responsables de 41 millions de décès chaque année dans le monde. 80% des décès prématurés sont dus aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux maladies respiratoires chroniques, et au diabète.

Or, un très grand pourcentage de ces maladies chroniques est accessible à la prévention par des actions sur des facteurs comme : la consommation de tabac, d'alcool, l'inactivité physique et l'alimentation.

Par exemple, 830 000 décès par an dans le monde résulteraient d'une activité physique insuffisante là où la pratique d'une activité physique régulière et le suivi des recommandations sont associés à une diminution de la mortalité précoce comprise entre 29 et 41%. (1)

L'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'un accroissement de l'incidence des maladies chroniques avec l'âge, et le nombre de personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques ne cesse et ne va cesser de croître dans les prochaines décennies. Cela augmente le nombre de personnes atteintes de limitations fonctionnelles et des activités quotidiennes ou essentielles, entraînant une dégradation de leur qualité de vie, et un surcoût de la santé. La multimorbidité s'accroît d'autant plus que les maladies chroniques ont des facteurs de risque communs.

A contrario, la mortalité de la plupart des maladies chroniques est en baisse depuis plusieurs décennies dans les pays développés, comme en France, du fait d'une meilleure prévention et d'une meilleure prise en charge.

L'écart entre hommes et femmes tend à s'amenuiser en ce qui concerne l'incidence et la mortalité des maladies chroniques car depuis plusieurs années, il existe une augmentation forte des facteurs de risque chez les femmes (tabagisme, obésité), notamment dans la tranche d'âge de 50 à 65 ans où le regain est plus perceptible chez elles.

Le gradient social entre également en jeu dans la prévalence et l'incidence de la plupart des maladies chroniques : taux standardisé d'hospitalisation 35% supérieur et taux de mortalité 50% supérieur en cas de population défavorisée socialement comparativement à la population la plus favorisée ; 14% et 35% respectivement pour les AVC... Il en est de même pour l'obésité et le diabète. Les recommandations concernant l'activité physique chez les personnes devront donc intégrer toutes les dimensions sociales et être adaptées à chaque pathologie des patients.

Les contre-indications à la pratique d'une activité physique sont faibles. On peut noter des contre-indications absolues, principalement les pathologies cardio-vasculaires instables (angor instable, HTA non équilibrée, rétrécissement aortique serré et/ou symptomatique...), des contre-indications relatives (insuffisance respiratoire chronique sous oxygénothérapie longue durée ou autre pathologie respiratoire sévère) et des contre-indications temporaires (affection inflammatoire, exacerbation respiratoire récente, diabète non contrôlé avec acétonurie). Il est important de savoir qu'il n'existe pas de contre-indication absolue musculosquelettique à la pratique de l'activité physique. Les contre-indications sont le plus souvent temporaires et/ou sélectives d'une zone corporelle et/ou visant à diminuer l'intensité de l'activité physique. (4)

La difficulté relève en partie dans la motivation des patients à modifier leurs habitudes de vie, en intégrant l'activité physique comme nécessaire à leur bonne santé. Le médecin généraliste joue un rôle important dans cette tâche, en ayant une approche globale centrée patient, car il va adapter les objectifs en fonction des freins et des leviers de celui-ci. Cela nécessiterait une consultation dédiée comme le propose la Haute Autorité de Santé (HAS), mais par manque de temps peu de médecins généralistes la réalisent.

En France, le coût social de l'inactivité physique peut être estimé à 140 milliards d'euros par an (5). Le coût évité par personne devenant définitivement active s'élèverait à 840 € pour une personne âgée de 20 à 39 ans et à 23 275 € pour une personne âgée de 40 à 74 ans. 90 % de ces valeurs seraient liés au coût social de la mortalité, environ 5 % au coût des pertes de bien-être liées à la maladie et le reste aux dépenses de soins soit environ 7 milliards d'euros.

Il convient d'agir rapidement pour une meilleure prise en charge des patients, dans l'intérêt de tous.

Introduction

1- Etat des lieux sur l'activité physique et sa prescription

a. Définitions

1. Activité physique

Caspersen *et al.* définissent l'activité physique en 1985 comme étant « *tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, qui entraîne une dépense énergétique supérieure à celle du métabolisme de repos* ». L'activité physique globale comprend ainsi différents types d'activités : les activités physiques de la vie quotidienne, les déplacements, l'activité physique au travail, les exercices physiques et les activités sportives.

Plus récemment, Perrin *et al.* insistent pour définir l'activité physique comme « une pratique sociale » qui mobilise le corps dans :

- Des situations multiples (supervisées ou libres)
- Des organisations variées (sportives, sociales, sanitaires, médico-sociales, familiales, etc.)
- Des visées diversifiées (utilitaires, hygiéniques, sanitaires, professionnelles, récréatives, sportives, etc.).

L'activité physique serait ainsi étudiée selon ses dimensions biomécaniques et physiologiques, mais aussi cognitives et neurologiques, affectives et pulsionnelles, relationnelles et sociales, environnementales et écologiques, politiques et économiques. (6)

Cette définition permet d'appréhender l'activité physique dans toute sa richesse et sa complexité et de mieux comprendre les phénomènes sous-jacents à son évolution dans nos sociétés.

La *figure 1* permet de représenter les différentes composantes de l'activité physique. Les diagrammes y symbolisent le caractère évolutif de chacune de ces composantes au cours de la vie.

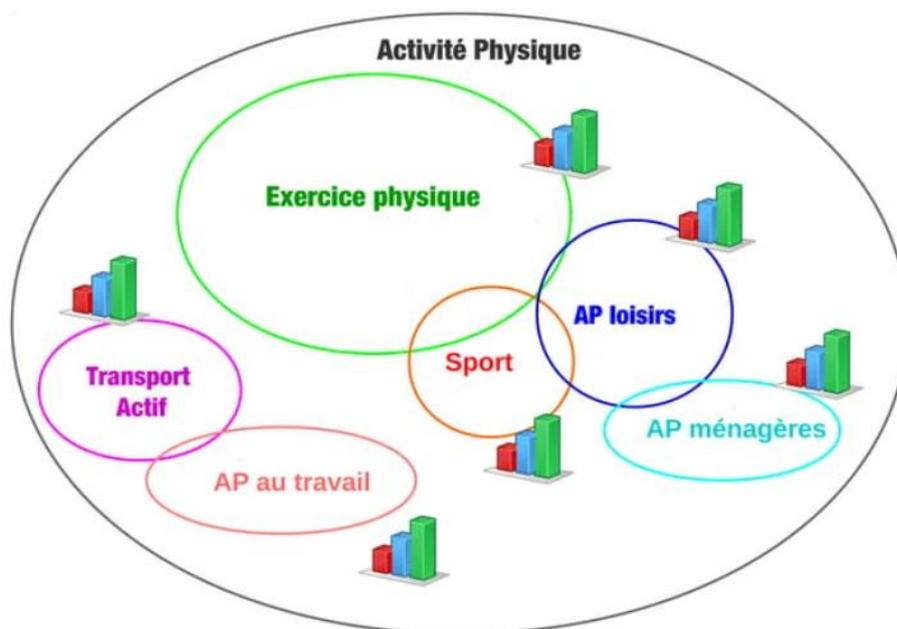


Figure 1 : Romain et Bernard 2018. Clinicians guide to physical activity for people with mental illness

2. Activité physique adaptée

Plusieurs définitions de l'activité physique adaptée coexistent à ce jour en France.

L'activité physique adaptée (APA) est une activité physique adaptée à la ou les pathologie(s), aux capacités fonctionnelles et aux limites d'activités du patient. (4)

D'après le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016, l'objectif de l'APA est de « *permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'ALD dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.* » (7)

Notons que ce décret définit l'APA comme : « *La pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.* »

Cette définition de l'APA est vaste et ne permet pas d'appréhender facilement son intérêt thérapeutique et ses conditions d'application pour cela.

Selon la HAS, l'APA est « une thérapeutique non médicamenteuse validée sur des données probantes dans de nombreuses pathologies chroniques et états de santé. » (4) La HAS précise que l'APA peut être mise en place en « programme d'APA », prescrit ainsi par le médecin. Ce programme se compose de 2 à 3 séances d'activité physique par semaine, sur 3 mois renouvelable, encadrées par un professionnel adapté aux limitations fonctionnelles du patient.

3. Sport-santé

Selon la HAS, c'est un sport dont les conditions de pratique ont été adaptées pour répondre aux besoins de publics présentant des vulnérabilités et/ou des besoins spécifiques en lien avec leur état de santé. C'est une activité supervisée par des éducateurs sportifs formés ou des professionnels de l'APA, afin de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de la personne en prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

Le « sport-santé » désigne aussi une politique publique qui vise à mieux articuler les liens entre sport et santé, au travers dernièrement d'une « stratégie nationale sport santé » à l'aube des Jeux Olympiques et Paralympiques 2024.(8)

4. Inactivité physique

L'inactivité physique caractérise un niveau d'activité physique d'intensité modérée et/ou élevée qui ne respecte pas les recommandations fixées pour la santé par l'OMS.

5. Sédentarité

La sédentarité (ou comportement sédentaire), correspond aux situations passées en position assise ou allongée, dans lesquelles les mouvements du corps sont réduits à leur minimum : regarder la télévision, travailler sur un ordinateur, jouer aux jeux vidéo, lire, téléphoner, être en voiture...

On peut être physiquement actif et sédentaire, car on peut exercer une profession sédentaire, et pratiquer de l'activité physique en dehors du travail.

Depuis l'ère de l'industrialisation, nos activités domestiques et professionnelles sont facilitées. Mais la sédentarité n'est pas inscrite dans nos gènes, et donc a des effets néfastes à court, moyen et long terme sur nos organes et métabolismes. (9)

Nous pouvons noter notamment :

- Des atteintes cérébrales : diminution de l'oxygénation cérébrale et organique
- Des troubles articulaires : tensions du rachis et des épaules
- Une diminution de la densité osseuse.

Fractionner ces temps assis permet de se repositionner et de limiter les positions « vicieuses », d'améliorer la perfusion des organes et donc d'améliorer nos fonctions cognitives.

La sédentarité entraîne également des conséquences à plus long terme : augmentation des pathologies cardio-vasculaires et de certains cancers. Pour une étude publiée dans le journal The Lancet en juillet 2012, la sédentarité serait responsable d'1 décès sur 10, et est comparée à la consommation de tabac. (10)

Selon un récent rapport de l'ANSES (11), 95% de la population adulte est exposée à un risque de détérioration de la santé par manque d'activité physique ou un temps trop long passé assis. Les femmes seraient plus exposées à un manque d'activité physique.

Des actions au travail sont menées pour limiter la sédentarité, comme le montre l'étude SAuT qui associe un processus intentionnel (informer des conséquences de la sédentarité), avec des processus automatiques (logiciel d'alerte). Cela a permis de réduire, sur la population étudiée, le temps de sédentarité de 30 minutes par jour en quatre semaines. (12)

b. Evolution des directives gouvernementales

L'augmentation des maladies chroniques dans le monde depuis les années 1980 a été très tôt mise en cause par l'OMS comme étant liée aux modes de vie des sociétés occidentales. Un des 8 objectifs du rapport de l'OMS en 2003 intitulé « des soins novateurs pour les maladies chroniques » est axé sur « privilégier la prévention » pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques (13).

1. Cadre national

Dans le début des années 2000, les maladies chroniques sont devenues un enjeu prioritaire des politiques de santé publique : un quart des objectifs de la loi de santé publique française d'août 2004 concernait des maladies chroniques. S'en suivent la création de commissions par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), la création d'un plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques en 2007, et la rédaction de guide méthodologique pour définir un cadre général d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en 2007 par la HAS en partenariat avec l'Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et des professionnels de santé. De nombreuses recommandations seront rédigées pour chaque pathologie chronique.

Dans le même temps, le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) créé en 2000 sa fondation « Sport-santé » dont le but est de promouvoir la protection de la santé du sportif, dans un premier temps axé principalement pour la lutte contre le dopage. En 2006, le CNOSF publie le livre blanc pour le sport (14), qui va appuyer les bienfaits de l'activité physique pour la santé personnelle et en termes de santé publique.

Pour cadrer les objectifs nationaux, les Plans Nationaux Nutrition Santé (PNNS) sont créés à partir de 2001, avec des objectifs à réaliser sur 5 ans. Le premier visait principalement les habitudes alimentaires, omettant les bénéfices de la pratique de l'activité physique.

Progressivement l'activité physique prendra un rôle de plus en plus important dans ces plans, d'abord en prévention secondaire, puis primaire. Le PNNS 2 (2006-2010) permettra l'inclusion de l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse à prescrire chez les patients atteints de maladies chroniques dans les recommandations de la HAS en 2011 (15).

Le PNNS 3 (2011-2015) intègre pour la première fois dans les PNNS la notion d'activité physique et sportive « adaptée ».

Actuellement, le PNNS en place est le quatrième (2016-2021) (16). Il intègre à la fois l'augmentation de l'activité physique et également la réduction des temps sédentaires.

En parallèle, le Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative (SJSVA) construit un Plan National de Prévention par les Activités Physiques ou Sportives (PNAPS) en 2008, renforçant l'intégration de l'activité physique dans une démarche de santé publique (17). Ce plan ne sera jamais mis en œuvre.

La loi de 2016 de modernisation du système de santé servira de tremplin à la prescription d'activité physique dans l'article 144 (18). Elle prévoit que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. » Les applications seront développées dans le décret n° 2022-296 du 30 décembre 2016. (7)

De plus, les objectifs de cette loi sont ambitieux, ils tendent à « assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé » ou encore de « favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé ». La définition complexe de l'activité physique est alors comprise.

2. Cadre régional et départemental

Une communication en conseil des ministres en 2012 annonce la mise en place dans chaque région d'un Plan Régional Sport Santé Bien Être (PRSSBE), dont l'ambition est « d'accroître le recours aux thérapeutiques non médicamenteuses et de développer la recommandation des activités physiques et sportives par les médecins et les autres professionnels de santé ». (19)

Cet écrit impose aux Agences Régionales de Santé (ARS) et Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) (actuellement DRAJES) de créer et de copiloter, avec les acteurs du territoire, un plan régional. L'objectif était de pallier contre les inégalités des pratiques qui pouvait exister lors des plans nationaux. Les priorités de ce plan visaient à rendre accessible aux populations les plus fragiles (personnes âgées, précaires, handicapées ou porteuses de maladies chroniques) la pratique d'une activité physique et de la faire durer dans le temps. Mais d'une région à l'autre, des inégalités ont été observées : les moyens déployés, la répartition des ressources, le public et l'organisation spatio-temporelle ont été pensées différemment. La réorganisation des ARS et des DRJSCS en 2016 a parfois retardé la mise en place des mesures, modifiant les équipes.

Au-delà des initiatives régionales, des projets plus locaux ont émergé, parfois portés par des collectivités.

Strasbourg a été une des villes pionnière dans le domaine. Une équipe municipale dédiée est créée en 2012 en partenariat avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), la Direction Régionale de la jeunesse et des Sports (DRJS) et l'ARS pour développer le « sport-santé sur ordonnance » (20). Ce dispositif existe encore aujourd'hui. La prescription d'activité

physique adaptée est réalisée par le médecin généraliste, et le patient entre en relation avec les éducateurs sportifs de l'équipe sport-santé de la ville. Un bilan des capacités était réalisé lors d'une rencontre, pour proposer deux activités adaptées au patient. A ce jour, la personne peut également bénéficier d'un Vel'hop (service vélo de la collectivité) pour un an.

La prise en charge financière de ce dispositif repose sur une tarification permettant la gratuité du dispositif la première année, puis selon le quotient familial du bénéficiaire.

i. Les maisons sport-santé

Mesure phare de la Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024 (8), le programme « Maisons Sport-Santé » (MSS) a pour objectif d'amener le plus grand nombre de personnes à intégrer la pratique d'une activité physique et sportive à son quotidien, de manière régulière, durable et adaptée pour améliorer l'état de santé de la population. (21) Le public visé en priorité regroupe :

- Les personnes en bonne santé mais qui n'ont jamais pratiqué d'activité physique ou pas depuis longtemps,
- Les personnes souffrant d'une Affection Longue Durée (ALD), quel que soit l'âge,
- Les personnes souffrant de pathologies chroniques, quel que soit l'âge.

Les prises en charge sont encadrées par des professionnels de la santé et du sport et organisées sur un programme sport-santé afin de répondre aux besoins personnalisés sous couvert d'une prescription médicale.

Elles ont pour mission d'accueillir le public, renseigner sur les offres de pratique d'activités physiques ou sportives disponibles localement, informer et conseiller sur les bienfaits de l'activité physique et sportive, et orienter vers des encadrants qualifiés et une activité physique ou sportive adaptée à leurs besoins. (22)

Depuis le lancement de la labellisation, plusieurs types de structures ont été labellisées : associations (51%), sociétés commerciales (29%), collectivités territoriales (14%), établissements de santé privés ou publics (4%), mutuelles ou autres (2%). En 2022, elles étaient au nombre de 436 référencées sur le territoire français, et recouvrent l'intégralité du territoire métropolitain.

12 MSS sont implantées à ce jour en Loire-Atlantique, dont 3 nouvellement labellisées depuis 2023 :

- Communauté de communes du Pays de Pontchâteau / Saint Gildas des Bois (CCPPSG)
- Agir contre la maladie (Clisson)
- Maison sport-santé Bellevue (Nantes)
- Vista Santé (Saint-Herblain)
- Nozay Omnisport (Nozay)
- Ville de Saint Philbert de Grandlieu (Saint Philbert de Grandlieu)
- CAMI Sport et Cancer Loire-Atlantique (Saint-Herblain)
- Maison sport-santé société UFOLEP (M3S) (Rezé)
- Lab'Sport (Saint-Nazaire)
- Le Poulp' (Pays de Retz)
- Prophil Santé (Le Bignon)
- Mason sport-santé société UFOLEP (Nantes Est)

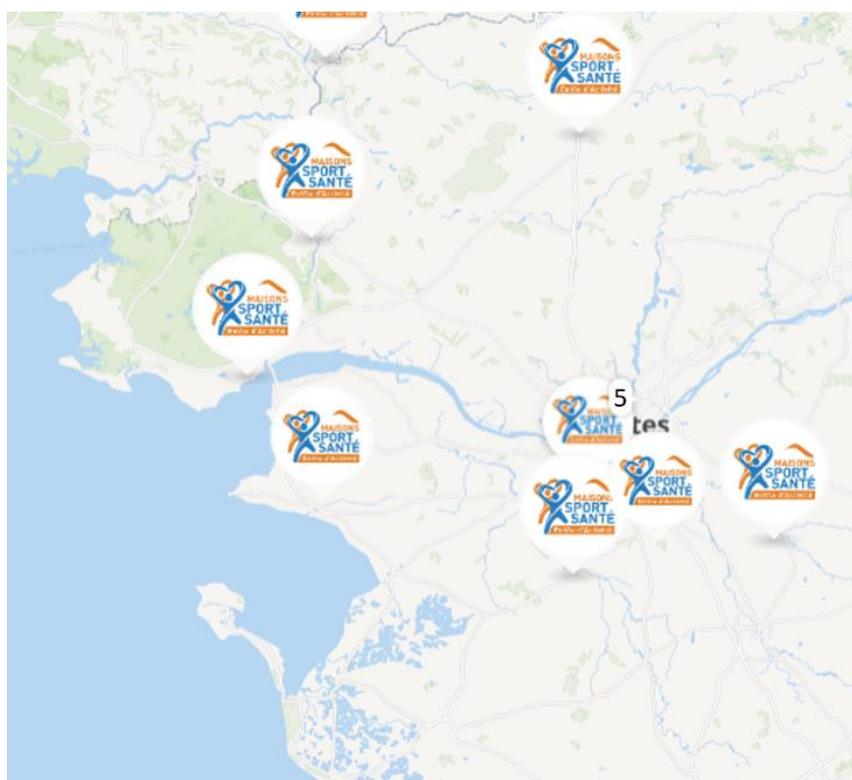


Figure 2 : Carte des maisons Sport-Santé en Loire Atlantique en 2023

ii. Le dispositif “On y va“

En parallèle de la labellisation progressive de ces structures par les ministères des sports et de la santé, certaines régions ont structuré des dispositifs autour de l’enjeu spécifique de la prescription d’activité physique pour les maladies chroniques.

C’est le cas en Pays de Loire avec le dispositif “On y va“ (22) créé en juin 2021, piloté par la Structure Régionale d’Appui et d’Expertise en Nutrition (SRAE Nutrition). Ce dispositif est financé par l’ARS et la Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, l’Engagement et au Sport des pays de la Loire (DRAJES).

Le dispositif “On y va“ vise à garantir un bilan éducatif centré sur l’activité physique à toutes les personnes vivant avec une maladie chronique en Pays de la Loire. Pour cela, le dispositif s’appuie sur les MSS lorsqu’elles existent, et, à défaut, offre directement ce bilan éducatif par téléphone afin de pallier les carences territoriales en termes de MSS (figure 3). Cette volonté de permettre des bilans éducatifs s’appuie sur une des recommandations de l’expertise collective de l’Inserm de 2019, pour aider le patient à identifier ses habitudes de vie, ses besoins, possibilités, envies, freins et leviers, et la manière dont il souhaiterait être aidé. Ce bilan participe à la démarche éducative pour favoriser l’engagement du patient dans son projet d’activité physique sur le long terme. (1)

Le site internet onyva-paysdelaloire.fr offre aux médecins, encadrants et aux patients des supports d’information dédiés. Le médecin généraliste dispose par exemple sur le site d’un modèle de prescription et des outils de repérages pour son patient. Le site comprend également un moteur de recherche permettant de trouver l’activité physique ou sportive la plus adaptée dans la région. Les structures ou associations sont répertoriées en fonction du niveau d’encadrement et du lieu souhaité de l’activité.



Figure 3 : Parcours du patient orienté vers le dispositif “On y va”

c. La prescription d’activité physique

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 inscrit un cadre concernant la prescription dans l’article 144. Le décret du 30 décembre 2016 précise son application (7). La définition de l’activité physique qu’il propose est « la pratique dans un contexte d’activité du quotidien, de loisir, de sport ou d’exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ».

D’après ce décret, le médecin traitant se doit de « qualifier les limitations fonctionnelles du patient, pour établir une prescription d’activité physique ». L’orientation du patient sera définie en fonction, vers 4 catégories de professionnels selon les limitations fonctionnelles du patient :

- Professionnels de santé : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens
- Professionnels titulaires d’un diplôme dans le domaine de l’activité physique adaptée (Enseignant en Activité Physique Adaptée)
- Professionnels du sport (éducateurs sportifs titulaires d’un brevet professionnel ou d’un certificat de qualification professionnelle, moniteurs formés par les fédérations)
- Des bénévoles formés.

Malheureusement, les différents profils de patients pouvant être adressés vers ces 4 catégories de professionnels ou bénévoles ne sont pas décrits par ce décret, rendant l'exercice de prescription difficile.

Avec cette description, la définition de l'APA reste donc relativement floue, devant l'hétérogénéité de formation des professionnels (ou bénévoles) pouvant l'enseigner.

Dernièrement, la loi n°2022-296 du 2 mars 2022 ouvre la prescription d'activité physique adaptée (APA) à l' « ensemble des médecins et en élargit le champ d'application aux personnes atteintes d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques ainsi qu'aux personnes en situation de perte d'autonomie ». (23)

La liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activité physique a été précisée le 30 mars 2023. Cependant, cette liste reste exhaustive et vaste. (24)

Les bénéfices de la prescription écrite sur l'augmentation de l'activité physique est prouvée depuis plus de 20 ans par des études. C'est le concept de « prescription verte » développé en Nouvelle Zélande en 1998, qui prouve qu'un « conseil écrit aurait deux fois plus d'impact qu'un conseil oral ». (25)

En France, la promotion de l'activité physique se réalise de plus en plus par les médecins généralistes sous forme d'une intervention brève, la prescription écrite étant peu réalisée. La consultation de suivi d'une pathologie chronique est le moment idéal pour revoir les mesures hygiéno-diététiques avec le patient. Ces patients pratiqueraient ensuite une activité physique plus intense que les patients ne bénéficiant pas de ces conseils oraux (26).

Des ouvrages voient le jour pour aider à la prescription d'activité physique, par pathologies, par capacité du patient (27).

Dans la littérature, la prescription d'activité physique est utilisée principalement en prévention secondaire. Une revue de la littérature met en évidence que les critères d'investigation sont variés : différence des publics visés, modalités d'encadrement, durée de prise en charge, suivi... Elles sont principalement centrées sur le niveau global d'activité physique pendant ou après l'intervention, avec des durées de suivi n'excédant pas 6 mois post-intervention. En revanche, peu d'études cherchent à décrire ou comprendre les logiques sociales expliquant les pratiques

ou les représentations des patients. Il y a également peu de place à l'influence socio-écologique, pourtant un des facteurs déterminants à la pratique. (28)

2- Vers un changement des pratiques

a. Des patients

Pour guider les pays à mettre en place leurs politiques publiques en faveur de l'activité physique, l'OMS a donné des recommandations sur les objectifs d'activité physique que les adultes devraient pratiquer pour participer à leur bonne santé. Pour les adultes, ce repère est établi à 150 à 300 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'intensité modérée et soutenue par semaine. En complément pour les personnes adultes âgées de 65ans et plus, dans le cadre de leur activité physique hebdomadaire, l'accent est mis sur l'équilibre fonctionnel et des exercices de force d'intensité modérée ou supérieure, au moins 3 fois par semaine, afin d'améliorer leurs capacités fonctionnelles et de prévenir les chutes.

Or, la quantification de l'activité physique n'est pas une chose simple. Evaluer l'impact de l'activité physique sur la santé nécessite de disposer d'outils pertinents de mesure des niveaux d'activité physique. Plusieurs méthodes peuvent permettre de mesurer l'activité physique : l'observation, le journal, le rappel d'activité ou encore l'actimétrie. Il s'agit également de prendre en considération dans quel contexte cette activité a été réalisée (activité occupationnelle, loisir, domicile, déplacements...), son type, sa durée, sa fréquence, son intensité, le climat dans lequel elle est réalisée, la masse corporelle du pratiquant, etc...

Les méthodes de recueil d'activité physique ne sont pas forcément comparables entre elles, et pour pouvoir avoir des évaluations de qualité, il semble nécessaire de mesurer l'activité avec plusieurs outils de mesure.

La comparaison des différentes études sur la pratique d'activité physique des patients est donc un exercice difficile, car elles peuvent utiliser des moyens de recueil différents, et des contextes de pratique différents. (29)

Cependant, la tendance de la pratique d'activité physique des Français ces vingt dernières années est à la baisse.

Entre 2006 et 2016, les niveaux d'activité physique et de sédentarité des adultes et des enfants résidant en France métropolitaine a évolué défavorablement.(30) En comparant les données de l'ENNS 2006-2007 (Etude Nationale Nutrition Santé) (31) et ESTEBAN 2014-2016 (Etude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition) (32), soit respectivement 4329 et 3868 personnes, il est montré que le niveau d'activité physique a diminué pour l'ensemble des femmes alors qu'il a augmenté chez les hommes de 40-54 ans. Chez les enfants, seule la moitié des garçons et un tiers des filles atteignaient les recommandations, sans évolution depuis 2006 (bien que 7 enfants et adolescents sur 10 rendaient compte d'une activité physique régulière). De plus, les comportements sédentaires augmentent avec notamment le temps quotidien passé sur les écrans qui a fortement augmenté chez les adultes comme chez les enfants.

En 2016 en France, 71% des hommes et 53% des femmes atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique, soit 61,4% des adultes considérés physiquement actifs. La moyenne occidentale, est, elle de 63,2%, et la moyenne des Etats-Unis de 51,6% (33), et d'Australie de 52,6% (34).

b. Des médecins généralistes et professionnels de santé

Malgré les recommandations émises par les comités scientifiques, la pratique des médecins généralistes diverge d'un praticien à l'autre avec son patient.

En 2016, une étude menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes libéraux franciliens (35) montrait de nombreuses limites à la promotion de l'activité physique. Les médecins généralistes interrogés se déclaraient peu opérationnels et peu légitimes à encourager l'activité physique. Ils se sentaient « seuls » et peu soutenus des politiques nationales (même s'ils connaissent les différents plans nationaux : PNNS, PRSSBE). Ils déclaraient en parler avec des patients « cibles » et beaucoup plus en prévention secondaire que primaire, et lors des consultations dont le motif avait un lien avec l'activité physique. L'idée d'une consultation dédiée ne semblait pas faire l'unanimité, sauf peut-être lors du sevrage tabagique par exemple.

En Pays de Loire, le constat semble identique. Sur 437 médecins interrogés entre 2014 et 2015, 97% des médecins généralistes estimaient qu'ils avaient pour mission d'encourager les patients à augmenter leur niveau d'activité physique, mais seulement 60% des praticiens estimaient en parler régulièrement avec leurs patients. La réalisation d'une prescription écrite

ou la remise d'une brochure était réalisée dans 6 à 7% des cas, alors que 75% des médecins interrogés estimaient que la prescription d'activité physique faisait partie de leurs missions. (36)

Pour améliorer la promotion de l'activité physique, ils faisaient le constat de pouvoir :

- Mettre à disposition des brochures d'information
- Mettre à disposition des outils d'évaluation du niveau d'activité physique
- Réaliser une consultation de prévention dédiée, avec une rémunération spécifique et adaptée
- Réaliser une formation axée sur l'activité physique et sur la communication avec le patient
- Avoir de meilleures connaissances de l'offre locale organisée dans le domaine de l'activité physique.

Les pharmaciens d'officine sont également cités comme étant bien placés pour promouvoir l'activité physique auprès des patients, mais un manque de formation est aussi à constater pour eux. Leur inclusion dans le parcours de soins serait souhaitée pour une meilleure prise en charge des patients. (37)

c. Des recommandations

Dans les études de médecine, il y a très peu d'enseignement dédié à l'activité physique. Elle est abordée lorsqu'on parle de règles hygiéno-diététiques, mais rarement en thème principal autre que pour le certificat d'aptitude à la pratique d'un sport.

Il existe pourtant des items dédiés dans le collège de nutrition (38) et aussi dans le collège d'activité physique (39) :

- Item 246 : Prévention primaire par la nutrition chez l'adulte et l'enfant
- Item 247 : Modifications thérapeutiques du mode de vie (alimentation et activité physique) chez l'adulte et l'enfant
- Item 253 : Aptitude au sport chez l'adulte et l'enfant, besoins nutritionnels chez le sportif.

Le collège d'activité physique, créé en 2019, ne classe pas les chapitres par item comme le font les autres collèges, décrivant l'activité dans tous ses états. Concernant les recommandations, le collège de nutrition met l'accent sur « promouvoir un comportement favorable à la santé » donc

en prenant en considération les autres paramètres que l'activité physique, là où le collègue d'activité physique se concentre sur la pratique physique seule. Tous les deux ont en commun l'approche relationnelle que doit avoir le médecin avec son patient, qui doit reposer sur l'empathie et l'écoute active et bienveillante. Les objectifs sont définis avec le patient en prenant en compte ses représentations.

En juillet 2022, la HAS a actualisé ses recommandations de 2018 du guide de « Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte » (4). Les freins majeurs à la prescription y sont d'ailleurs exposés, et ce guide permet d'y répondre en partie.

Ce guide propose de partager en quatre niveaux l'intervention par l'activité physique, avec une reconnaissance plus importante que dans les anciennes recommandations du rôle de l'Enseignant en APA (E-APA) :

- Niveau 1 : patients nécessitant un programme de rééducation et réadaptation ; orientation vers un professionnel de santé de rééducation
- Niveau 2 : patient présentant une limitation fonctionnelle ou une maladie, nécessitant un programme d'APA ; orientation vers un professionnel d'APA
- Niveau 3 : patient pouvant réaliser une activité physique ou sportive, mais de façon supervisée
- Niveau 4 : patient pouvant réaliser une activité physique ou sportive de façon non supervisée.

Les fonctions des professionnels sont alors plus claires, permettant au médecin prescripteur de pouvoir adresser son patient plus facilement vers le niveau de prise en charge qui lui convient.

La consultation est également détaillée, avec la description de l'entretien motivationnel en reprenant le modèle trans-théorique de changement de comportement, comme le montre la *figure 4*.

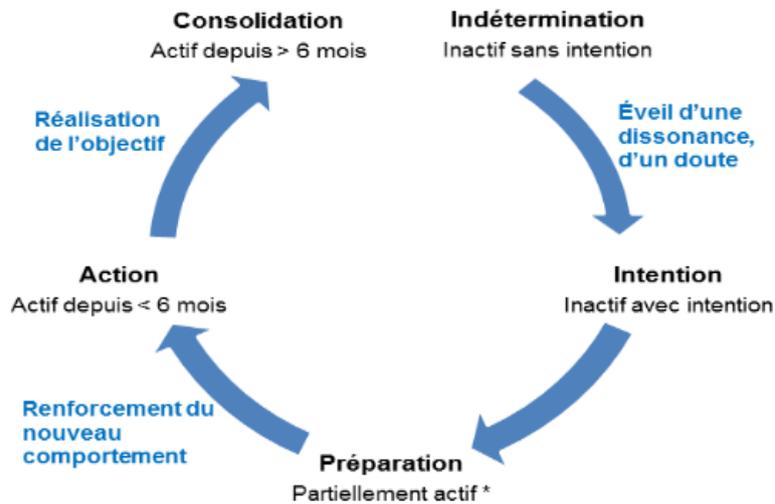


Figure 4 : *Modèle trans-théorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente*

Enfin, la prescription médicale est détaillée avec :

- Des conseils de réduction et de fractionnement du temps passé à des comportements sédentaires
- Des conseils d'augmentation des activités physiques quotidiennes, en particulier des déplacements actifs
- Selon le niveau d'intervention requis, un programme d'APA ou une activité encadrée.

3- L'Assurance Maladie et les délégués

a. Contexte

En 2004, pour pallier l'augmentation chronique des dépenses de santé, une loi de réforme de l'assurance maladie est écrite. Cette loi du 13 août 2004 renforce le rôle des caisses d'assurance maladie dans la régulation des dépenses de santé, et réhabilite la notion de maîtrise des dépenses de santé, notamment par la création du métier de Délégués de l'Assurance Maladie (DAM)(40).

Tous les 5 ans, la convention nationale des médecins libéraux détermine les droits et les obligations des médecins et des caisses d'assurances maladie. Sur le plan national, 99% des médecins libéraux sont conventionnés soit 114 963 médecins (secteur 1 et 2). Cette convention est signée par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et par les représentants des médecins généralistes et spécialistes. Elle regroupe des objectifs de maîtrise

médicalisée des dépenses de santé, par exemple : la prescription des statines, des antibiotiques, des inhibiteurs de la pompe à proton, des hypnotiques, des arrêts de travail, etc. Actuellement, nous sommes sous la couverture de la convention nationale de 2016, qui a pris effet le 1er janvier 2017 (41).

Les thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses s'imposent au médecin en tant qu'obligations contractuelles. Aucune sanction n'est appliquée aux médecins généralistes s'ils ne respectent pas les conventions. Toutefois, en fonction des objectifs, ils peuvent perdre une partie de leur récompense financière émise par exemple dans le Revenu sur Objectif de Santé Publique (ROSP).

b. Les délégués de l'Assurance Maladie

Les DAM jouent un rôle essentiel dans la construction d'une relation stable entre l'assurance maladie et les médecins libéraux. Les « campagnes » qu'ils effectuent par des visites sur site périodiquement permettent de véhiculer des informations actualisées pour aider les médecins libéraux dans leur exercice professionnel. Les visites peuvent permettre d'aborder différents thèmes :

- Des recommandations de bonne pratique émanant des agences sanitaires nationales
- Un état des lieux thématique des pratiques sur le territoire ou la présentation de résultats d'études
- Des informations personnalisées sur le thème de l'échange permettant au médecin de situer sa pratique au regard de celle de ses confrères du département ou de la région
- Des outils d'aide à la pratique (mémos de bonne pratique, mémos coûts, arbre décisionnels)
- La présentation en avant-première de futures campagnes de communication destinées aux assurés
- Des brochures destinées aux patients pour qu'ils soient mieux informés et plus observants des recommandations émanant des professionnels de santé.

Les campagnes de la CPAM sont créées à environ 80% par des objectifs nationaux, le reste par des objectifs départementaux ou régionaux en fonction des indicateurs de santé.

A noter qu'au sein de la CPAM il existe également un service dédié à la prévention en santé. Il organise et développe, avec les CPTS, des campagnes diverses de prévention en fonction des besoins locaux.

En Loire Atlantique, la CPAM emploie 15 DAM et comporte également un service de prévention composé de 6 animateurs territoriaux.

L'activité physique a été abordée lors de certaines campagnes, mais en étant incluse dans les règles hygiéno-diététiques de pathologies chroniques. Elle n'a jamais été abordée en tant que thématique propre.

Par leurs missions, les DAM pourraient permettre aux médecins de mieux connaître les recommandations nationales, les outils régionaux et les réseaux locaux en lien avec l'activité physique.

L'objectif de ce travail est de réaliser une étude de faisabilité de la promotion de l'activité physique auprès des médecins généralistes de Loire Atlantique, par le biais des DAM.

Méthodologie

1- Choix de la méthode

L'objectif de ce travail est d'étudier l'acceptabilité et la faisabilité d'une campagne de promotion de l'activité physique auprès des médecins généralistes par le biais des DAM.

Pour l'étudier, nous avons choisi le format d'une étude mixte quantitative + qualitative avec protocole convergent. (42) Les données de l'étude ont été recueillies en simultanément, analysées séparément dans un premier temps puis mises en relation.

Ce format d'étude permet d'analyser des résultats issus de données différentes et donc permet une analyse plus complète.

2- Population étudiée et recrutement

La campagne de promotion de l'activité physique étant réalisée à l'initiative de la CPAM de Loire-Atlantique, les délégués de l'assurance maladie de ce département, porteurs de l'information auprès des médecins généralistes, étaient notre population étudiée. Il y avait 15 DAM en exercice au moment de l'étude. Aucun échantillonnage n'a été nécessaire.

Le lieu de réalisation de la campagne était la Loire-Atlantique.

3- Déroulé de l'étude

L'étude peut se dissocier en 4 étapes importantes, comme le présente le *tableau 1* :

- La phase de préparation de la campagne
- La formation des DAM
- La campagne de promotion de l'activité physique
- L'évaluation finale de la campagne

La phase de préparation de la campagne a eu lieu de juin 2021 à septembre 2022.

La formation des DAM à la promotion de l'activité physique a eu lieu le 26 septembre 2022 dans les locaux de la CPAM de Loire Atlantique. Elle a été réalisée par Pierre Caillault, médecin

de santé publique et par Charles Gaignon enseignant d'activité physique adapté, tous les deux salariés de la SRAE nutrition et coordinateurs du dispositif "On y va". Au total, étaient présents à cette formation : les DAM de Loire-Atlantique, des animateurs territoriaux de Loire-Atlantique, les responsables de l'unité DAM, et la responsable du service en santé – prévention de la CPAM.

La formation s'est déroulée en 2 temps : un premier temps sur l'évaluation de leurs connaissances sur l'activité physique en général et son intérêt dans les parcours de soins, et un deuxième temps l'après-midi avec la présentation du dispositif régional "On y va", puis des mises en situations en sous-groupes.

La campagne de promotion d'activité physique s'est ensuite déroulée du 1er octobre 2022 au 31 décembre 2022 auprès des médecins généralistes de Loire Atlantique.

Tous les médecins généralistes visités ont reçu cette campagne en thème secondaire ou tertiaire. Les thèmes principaux pouvaient être la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons, les signes d'alerte de l'insuffisance cardiaque (EPOF), ou une présentation sur les biosimilaires. Leur répartition était aléatoire. Au total, 1073 médecins libéraux étaient ciblés lors de cette campagne, avec un taux de refus d'entretiens habituellement d'environ 20%.

Enfin, les DAM ont été interrogés à la fin de la campagne entre le 20 décembre 2022 et le 13 janvier 2023 pour l'évaluation terminale.

Etapes	Date	Types de données	Analyse de données
Préparation de la campagne	De juin 2021 à septembre 2022	- Rencontre avec la CPAM pour la préparation de la campagne - Rendez-vous avec les responsables des DAM et du service prévention pour comprendre leurs rôles	Observationnel et qualitatif
Formation des DAM	26 septembre 2022	Questionnaires pré et post-formation	Quantitatif
Campagne de promotion	Du 1 ^{er} octobre au 31 décembre	Visites avec des DAM Entretiens semi-dirigés	Observationnel et qualitatif
Evaluation finale	Du 20 décembre 2022 au 13 janvier 2023	Questionnaires de fin de campagne	Quantitatif

Tableau 1 : Type de récolte des données en fonction des étapes de l'étude

4- Recueil des données

Les données ont été recueillies selon plusieurs formes.

Lors de la formation des DAM du 26 septembre 2022, des questionnaires papiers rédigés sur Word ont été remplis de façon anonyme par les DAM et les animateurs territoriaux en début et fin de formation (Annexe 1 et 2). La quantification de leur niveau d'activité physique s'est réalisée à l'aide du questionnaire de Ricci et Gagnon (Annexe 3). Seuls les données des DAM ont été analysées.

Des journées d'observations avec des DAM ont été réalisées lors de campagne. Ces journées ont été réalisées avec des DAM volontaires m'ayant recontacté par mail ou téléphone après la formation. Un entretien semi-dirigé était réalisé lors de chaque journée d'observation.

Concernant l'évaluation en fin de campagne, un questionnaire réalisé avec l'outil numérique Framiforms a été rempli par les DAM de façon anonyme (Annexe 4). La seule façon de les identifier était la notification de leur secteur d'exercice en Loire-Atlantique.

5- Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Excel. Les données ont été mises en commun avec le logiciel Word.

Un test de Student a été utilisé pour la comparaison de moyenne.

6- Caractéristiques de l'enquêteur

Lors de la réalisation de cette étude, j'étais en dernière année d'internat.

J'ai réalisé seule les visites avec les DAM et les entretiens semi-dirigés.

J'ai rédigé les questionnaires de formation et de fin de campagne avec l'aide de Pierre Caillault, mon directeur de thèse.

Je n'avais pas d'expérience dans la réalisation d'une étude mixte, quantitative ou qualitative.

Je déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

7- Aspects éthiques et réglementaires

La formation était un préalable obligatoire pour les DAM à la réalisation de la campagne. Elle s'intégrait dans leur temps de travail.

Le consentement des DAM a été recueilli lors de la formation sur la possibilité d'assister à des visites avec les médecins généralistes.

Les données ont été recueillies de façon anonyme.

A noter, la localisation d'exercice du DAM était recueillie lors des entretiens semi-dirigés et du questionnaire de fin d'étude.

Pour ce travail de recherche, l'avis du CPP n'était pas nécessaire.

Aucune déclaration n'a été réalisée à la CNIL au préalable.

Résultats

1- Population d'étude

Les 15 DAM en exercice en Loire-Atlantique étaient présents lors de la formation du 26 septembre 2022. Ils ont tous réalisé la campagne de promotion sur la période d'octobre à décembre 2022.

Les questionnaires de début et de fin de formation ont été recueillis chez les 15 DAM présents.

J'ai réalisé 2 journées d'observation en novembre 2022 avec 2 DAM différents. J'ai réalisé une observation des visites et un entretien semi-dirigé avec chaque DAM.

Enfin, sur les 15 DAM présents à la formation, 14 questionnaires de fin de campagne ont été recueillis sur la période du 20 décembre 2022 au 13 janvier 2023.

En moyenne, les DAM exerçaient leur métier depuis 9,7 ans, avec une médiane de 7 ans. Au moment de l'étude, le plus ancien DAM exerçait depuis 19ans, et le plus jeune depuis 2 ans.

2- Préparation de la campagne

Dès la création du dispositif "On y va" en juin 2021, la promotion de l'activité physique et la présentation du dispositif étaient envisagées par le biais des DAM. Une première sollicitation de la CPAM par le biais de l'ARS a été réalisée en juin 2021 à l'ouverture du dispositif "On y va" dans ce sens. Cette sollicitation n'a pas eu de suite. En septembre 2021, le service prévention de la CPAM rencontre la SRAE Nutrition lors d'une réunion de présentation et d'interconnaissances des 2 structures. Lors de cette réunion, la SRAE Nutrition évoque le souhait de la promotion du dispositif "On y va" par les DAM.

À la suite de ce temps, une première réunion incluant les responsables du service des DAM et la SRAE Nutrition a eu lieu en mars 2022. La proposition d'une campagne dédiée est retenue et planifiée pour la fin de l'année 2022. Pour cela, la réalisation d'une journée de formation des DAM en amont de la campagne a été décidée.

Le contenu de la formation a été réalisé par la SRAE entre mars et septembre 2022, et le format de la journée a été co-construit par la SRAE Nutrition et les responsables du service des DAM lors de 3 réunions différentes sur cette même période.

J'ai rencontré les responsables du service des DAM de la CPAM 44 en entretien le 15 novembre 2022 afin de comprendre les missions des DAM et le fonctionnement d'une campagne. La promotion d'activité physique semblait être une thématique différente des campagnes habituelles, n'ayant pas d'objectif de résultats pour la CPAM. J'ai pu comprendre l'importance du rôle des DAM auprès des médecins généralistes, étant les liens principaux entre la CPAM et ces derniers.

Cela m'a permis de mieux appréhender les entretiens que j'ai réalisés avec les DAM par la suite lors de la campagne.

J'ai également rencontré la responsable du service prévention de la CPAM 44 le 29 novembre 2022 afin de définir les missions du service prévention et des agents territoriaux.

Les missions des 2 « pôles » semblent complémentaires ; l'objectif était de pouvoir réaliser des projets communs.

En résumé :

Contenu de la formation des DAM co-construit entre la SRAE Nutrition (dispositif "On y va") et la CPAM 44 entre juin 2021 et septembre 2022.

3- Formation des DAM

a. Questionnaire pré-formation

1. Ressenti des DAM sur la promotion d'activité physique

Sentiment de compétence des DAM

En début de formation, les DAM se sentaient peu compétents pour promouvoir l'activité physique.

La moyenne de leur sentiment de compétence avant la formation était de 4,6 sur 10 et une médiane à 5 sur 10, les réponses allant de 0 à 10.

Il semblerait que leur sentiment de compétence pourrait être mis en relation avec leur niveau d'activité physique. Les 2 DAM se déclarant comme « physiquement non actifs » estimaient chacun leur compétence à promouvoir l'activité physique à 0 et 1 sur 10.

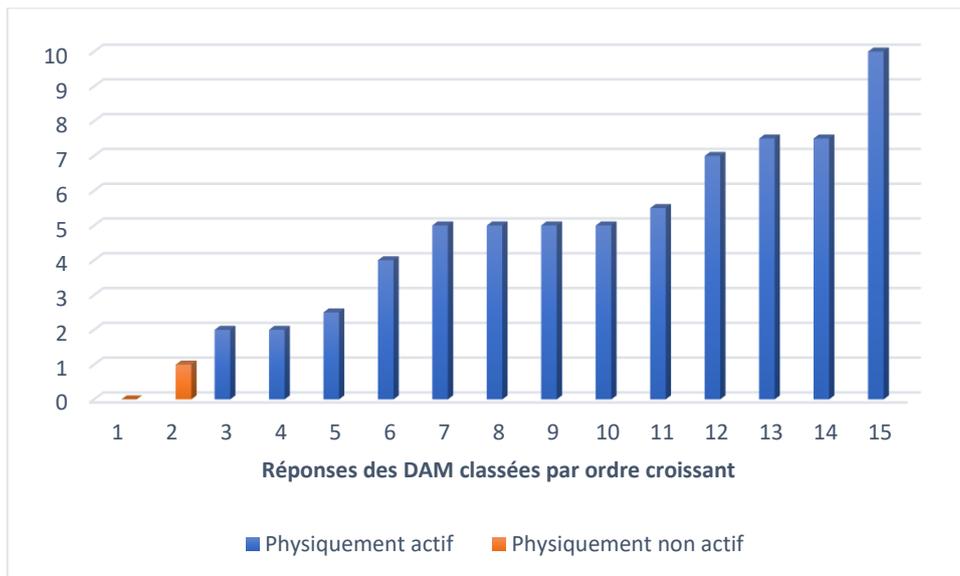


Figure 5 : En ordonnée, estimation de la compétence du DAM entre 0 et 10 pour promouvoir l'activité physique auprès des médecins généralistes

Niveau d'activité physique

Par ailleurs, 60% d'entre eux se déclaraient sportifs, et 87% physiquement actif. Les résultats des tests de Ricci et Gagnon les classaient tous dans la catégorie actif (réponses entre 18 et 35).

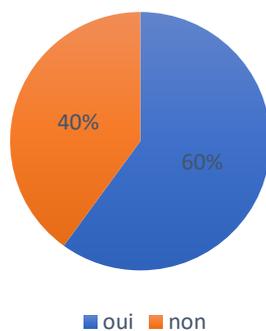


Figure 6 : Déclaration des DAM sur le fait d'être sportif

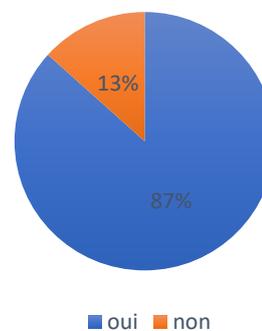


Figure 7 : Déclaration des DAM sur le fait d'être physiquement actif

Expériences précédentes

Avant cette formation, la quasi-totalité des DAM a déclaré avoir déjà parlé d'activité physique avec les médecins lors d'anciennes campagnes. La seule personne ne l'ayant pas déjà abordée

était DAM depuis 2 ans (également dû à la diminution du nombre de visites lors de la crise Covid-19).

L'activité physique était incluse aux mesures hygiéno-diététiques des différentes campagnes sur la prise en charge des maladies chroniques, notamment celle concernant le diabète (citées par 60% des DAM).

La présentation de partenaires « sport-santé » avait déjà été réalisée par 27% des DAM.

Difficultés des DAM

Un quart des DAM a déclaré ne pas avoir de difficultés pour aborder la thématique de l'activité physique.

Concernant les trois quarts restants, les DAM évoquent :

- Leur manque de connaissances : les bienfaits de l'activité physique, la présence d'outils disponibles pour accompagner les médecins, et les structures disponibles pour les patients
- L'absence de prise en charge financière par la CPAM ou les mutuelles
- Le manque de temps et le manque d'implication des médecins généralistes lors des entretiens avec les DAM
- La difficulté de l'abord du thème de l'activité physique avec l'importance de « *l'articulation avec les thématiques abordées* ».

Leviers possibles

Parmi les propositions du questionnaire, les axes prioritaires nécessaires à l'amélioration de la communication sur l'activité physique sont résumés dans la *figure 8*.

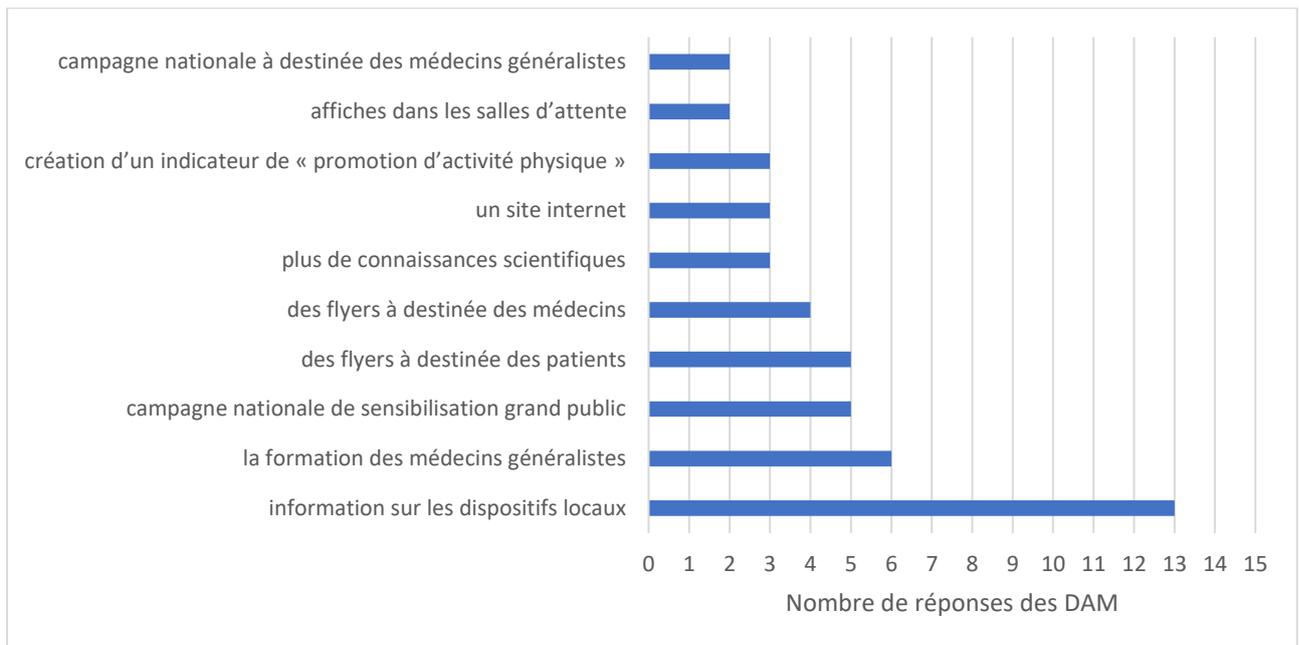


Figure 8 : *Axes prioritaires importants pour les DAM permettant d'aborder plus facilement l'activité physique auprès des médecins généralistes*

Un axe se détache des autres, et concerne l'importance de l'information sur les dispositifs locaux, relevé par 87% des DAM.

2. Ressenti des DAM sur le rôle du médecin généraliste pour promouvoir l'activité physique

Selon les DAM, les médecins généralistes semblent peu compétents pour promouvoir l'activité physique auprès de leurs patients (87% des évaluations sont inférieures ou égales à 5 sur 10), avec une moyenne de 4,3 sur 10 et une médiane à 5 sur 10.

Ils imaginaient que les difficultés des médecins généralistes pour aborder l'activité physique avec leurs patients étaient :

- Le manque de temps lors des consultations,
- Le manque de connaissance des médecins généralistes sur le réseau « sport-santé » et l'activité physique en elle-même,
- L'absence de prise en charge financière des activités,
- La faible motivation de certains patients à des thérapies « non médicamenteuses » (exemple : « certains patients préfèrent avoir un traitement médicamenteux plutôt que de suivre des RHD »).

Les DAM ont déclaré que 60% des médecins généralistes leur auraient déjà posé des questions sur l'activité physique lors de campagnes antérieures.

Les questionnements des médecins concernaient prioritairement :

- Les modalités de prescription de l'activité physique : pour quels profils de patients, et comment bien réaliser une prescription
- Le financement des activités « sport-santé » avec la possibilité d'un remboursement par les mutuelles ou la CPAM
- Des précisions du « cadre » de l'activité physique adaptée, et le manque de connaissance sur l'offre locale de « sport-santé »
- Des difficultés motivationnelles et communicationnelles en consultation avec les patients.

b. Questionnaire de fin de formation

1. Evaluation globale de la formation

Dans sa globalité, les DAM ont été satisfaits de la journée de formation. La moyenne du niveau de satisfaction de la journée était de 9,4 sur 10 et la médiane de 9,5 sur 10.

Ils déclarent tous recommander cette formation à un autre DAM.

Selon eux, le format de la journée était adapté et la formation a répondu à leurs attentes.

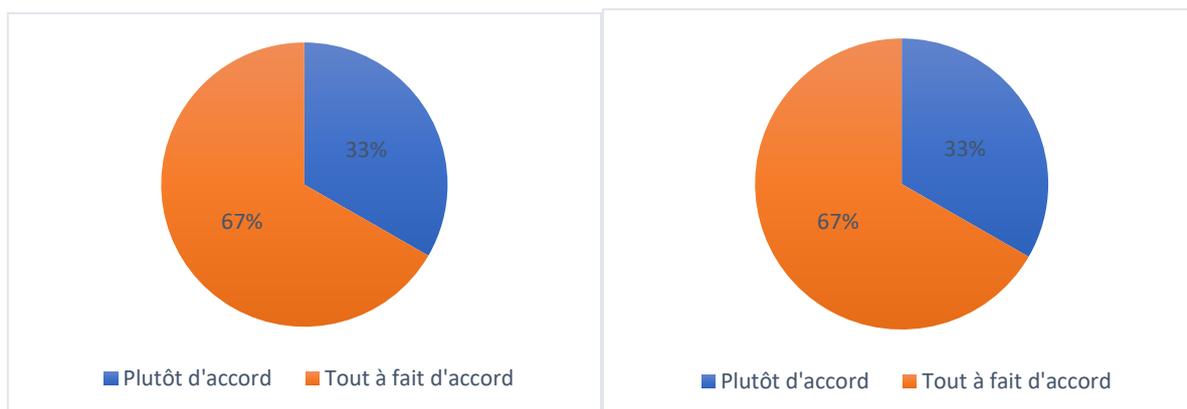


Figure 9 : Réponses des DAM à la question "le format de la journée était-il adapté ?"

Figure 10 : Réponses des DAM à la question "la formation a répondu à mes attentes"

Les points positifs de cette formation identifiés par les DAM ont été le « dynamisme » et la pédagogie adaptée avec de nombreux échanges sur la journée.

Peu d'entre eux ont émis des éléments manquants à la formation. Dans les remarques on peut noter de pouvoir réaliser une mise en pratique des outils : « présentation plus détaillée des outils : flyers, plaquettes infos », « navigation plus complète sur le site "On y va" ».

Un autre DAM met l'accent sur le fait d'avoir plus d'« *argumentaire de réponse aux objections des médecins* ».

Enfin 2 DAM relèvent que la formation était « *un peu trop théorique le matin* » (Q3), et qu'il aurait été préférable de « *bouger plus* ».

2. Evolution du sentiment de compétence des DAM

Le sentiment de compétence des DAM a évolué favorablement en fin de formation avec une moyenne de 8,5 sur 10. Il existe une différence significative entre le sentiment de compétence pré et post-formation (test de Student). La *figure 11* montre la différence des réponses entre le début et la fin de la formation (classement par ordre croissant).

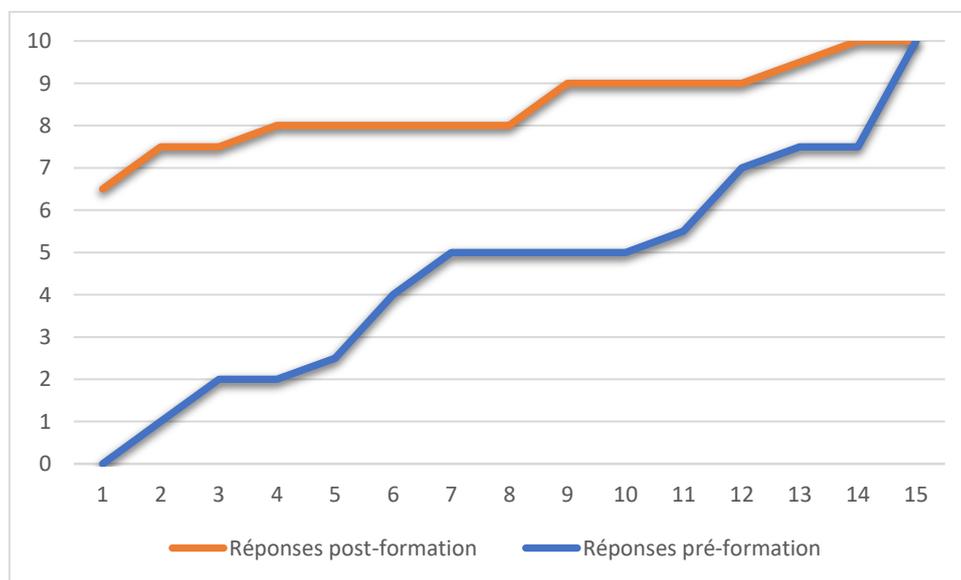


Figure 11 : Tendances du sentiment de compétence des DAM entre 0 et 10 pour promouvoir l'activité physique auprès des médecins généralistes

NB : en abscisses, les réponses pré et post-test sur la figure 7 ne correspondent pas aux mêmes individus (questionnaires anonymes).

Les DAM se sentaient plus compétents pour aborder la prescription d'activité physique dans 100% des cas.

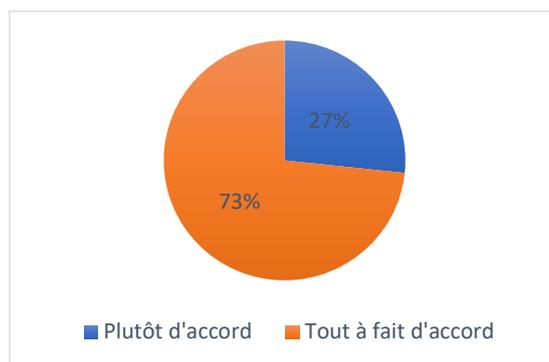


Figure 12 : Réponses des DAM à la question : “Je me sens plus compétent pour aborder la prescription d'activité physique auprès des médecins généralistes”

A la question “quels sont les 3 points clés que vous retenir ?”, les DAM relèvent l'amélioration de leurs connaissances sur les bienfaits de l'activité physique, et la distinction entre activité sportive et activité physique dite globale.

« bouger, limiter le temps assis »,

« activité physique n'est pas que du sport, même une faible activité physique peut apporter des bénéfices sur la santé, on ne bouge jamais assez »

Ils ont également retenu que la prescription écrite d'activité physique était importante à l'application des consignes par les patients.

« activité physique = prescription d'un traitement non médicamenteux »

Le dispositif “On y va” semble être un dispositif ressource, les DAM ont noté son importance, comme *« dispositif qui sera facilitant pour les médecins généralistes »*. Ils l'ont bien retenu, et parlent également des dispositifs « sport-santé ». C'est également un dispositif d'appui pour les médecins généralistes avec la possibilité de formation (webinaires), et de *« possibilité de déplacement de l'équipe “On y va” »*.

L'intérêt a également été sur la manière de promouvoir l'activité physique pour tous les patients, et dans sa globalité : *« prendre en compte l'environnement du patient pour la prescription d'une activité physique »*.

Ils ont déclaré s'être améliorés sur leurs compétences, et la formation a permis à certains de mieux cerner les enjeux de la campagne à venir, et d'être « *moins cloisonné(e) dans [leur] discours* ».

Ils ont également déclaré être « *plus armés pour les visites* » à venir, grâce notamment aux ateliers de mise en situation.

Points clés :

La journée de formation des DAM a répondu à un besoin identifié d'évolution de la compétence des DAM sur la promotion d'activité physique et a été appréciée par tous.

Ils ont pu mettre en pratique des situations d'entretien et ont retenu des informations clés à transmettre aux médecins généralistes.

4- La campagne de promotion d'activité physique

Les DAM visitaient les médecins généralistes sans distinction, sous forme d'entretiens individuel ou de groupe en fonction des cabinets.

Déroulé des entretiens

En moyenne, les visites duraient entre 30 et 45 minutes, et la durée consacrée à la promotion de l'activité physique était de 15 minutes. Elle était réalisée la plupart du temps en deuxième partie.

Lors des entretiens observés, les médecins généralistes avaient une posture d'écoute active, et semblaient curieux des différents sujets abordés.

Après la visite du DAM, les médecins recevaient par mail le diaporama de présentation de la campagne, le lien du site internet du site "On y va" et le récapitulatif de la visite.

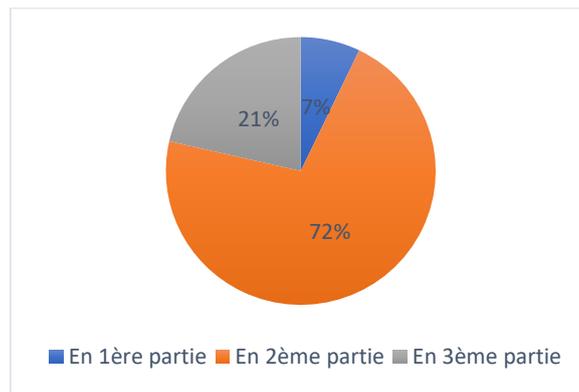


Figure 13 : Moment de l'entretien où était abordé l'activité physique

Introduction à la promotion de l'activité physique

La plupart des DAM amorçait le sujet avec une question sur la pratique habituelle du médecin généraliste.

« *Comment abordez-vous l'activité physique avec vos patients ?* »

« *Abordez-vous le sujet de l'activité physique adaptée avec vos patients ?* »

« *Avez-vous déjà expérimenté la prescription d'APA sur l'ordonnance ?* »

Concernant la pratique des médecins généralistes, les DAM ont déclaré que tous les médecins généralistes abordaient déjà l'activité physique avec leurs patients, principalement avec des patients ciblés. Les patients ciblés étaient majoritairement les patients atteints de pathologies chroniques ou en affection longue durée et les personnes âgées.

Un DAM a déclaré se servir de la thématique précédente pour rebondir sur l'activité physique :
« *pour rebondir sur la thématique que nous venons d'aborder, je souhaiterai échanger avec vous sur l'activité physique de vos patients* ».

Un DAM a présenté le thème aux médecins généralistes comme une « *thématique nouvelle qui va impacter plusieurs de vos patients* ».

Supports utilisés

Durant les entretiens, les supports d'information montrés lors de la formation étaient utilisés par les DAM de façon systématique (flyers papiers et site web "On y va").

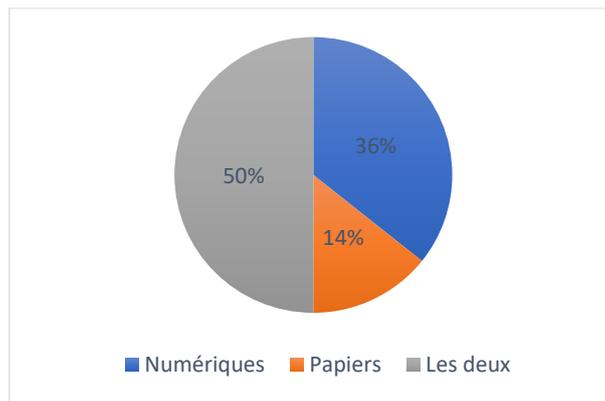


Figure 14 : *Format de support utilisés lors des entretiens*

Les supports étaient d'une aide précieuse pour les DAM, très « *visuels* », mais utilisés en fonction de la situation : « *dépend du médecin, du temps qu'on a pour les entretiens* ».

Une DAM utilisait son expérience personnelle sur ses réponses du test de Ricci et Gagnon pour rebondir sur l'activité physique globale, et proposait au médecin généraliste de le remplir lui-même pour se rendre compte de son niveau d'activité.

Evaluation de la pratique des médecins généralistes concernant la promotion de l'activité physique

A la question « *arrivait-il aux médecins de réaliser une prescription* », 50% des DAM ont répondu oui.

Pour les médecins réalisant une prescription écrite, certains l'effectuaient par le biais d'un formulaire type ou sur une ordonnance libre. La fréquence de réalisation était plutôt rare. Le fait d'écrire des consignes d'activité physique sur la même ordonnance contenant les médicaments du patient n'est pas pratique courante.

Certains médecins généralistes avaient expérimenté la prescription écrite lors du confinement avec les certificats demandés par les patients atteints de pathologie chronique pour « *aller à la piscine* ».

Il semblerait que la localisation géographique des patients au sein du département influencerait également la pratique des médecins généralistes : il serait plus facile par exemple de proposer au patient d'aller marcher le long de la côte Atlantique, ou en forêt, qu'au centre d'une grande ville.

Connaissance des partenaires « sport-santé »

Selon les DAM, peu de médecins généralistes semblaient connaître des partenaires « sport santé » de façon générale. En prenant en compte le secteur d'exercice du DAM, il semblerait qu'il y ait une influence positive entre la présence d'une MSS et de la connaissance des médecins généralistes de partenaires « sport-santé ».

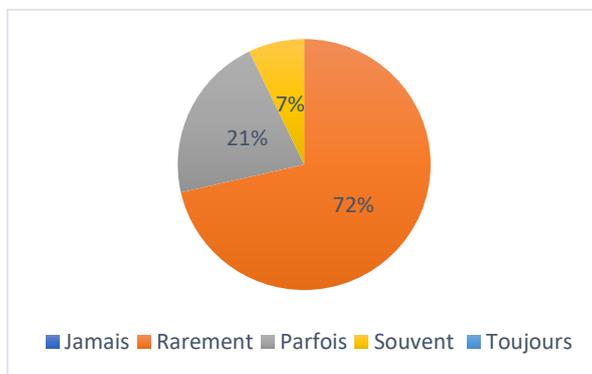


Figure 15 : Estimation par les DAM des connaissances des médecins généralistes sur des partenaires « sport-santé »

Concernant le dispositif “On y va”, deux tiers des DAM ont rapporté que les médecins généralistes ne connaissaient pas ce dispositif.

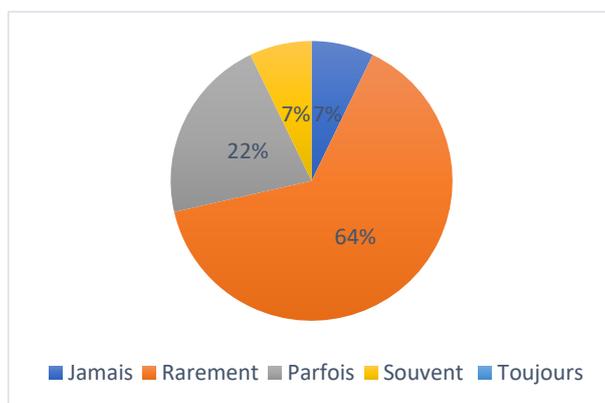


Figure 16 : Estimation par les DAM des connaissances des médecins généralistes sur le dispositif “On y va”

Lors de l'observation des entretiens, j'ai pu constater qu'une minorité de médecins connaissait le dispositif “On y va” et ses ressources (flyers, prescription type...). Parfois, ils le connaissaient car le formulaire avait été apporté par le patient lui-même.

Points clés :

Campagne réalisée en 2^{ème} ou 3^{ème} thème d’entretien, pour tous les médecins généralistes visités, et guidée par des supports papiers ou numériques.

La plupart des médecins généralistes pratiquaient déjà la promotion d’activité physique pour des patients ciblés. La réalisation de prescriptions écrites, la connaissance de partenaires « sport-santé » de leur secteur ou du dispositif “On y va” étaient rare.

5- Evaluation de la campagne a posteriori

a. Evolution du sentiment de compétence des DAM pour promouvoir l’activité physique lors de la campagne

Le niveau de compétences des DAM en début de campagne ou après la formation était relativement bon.

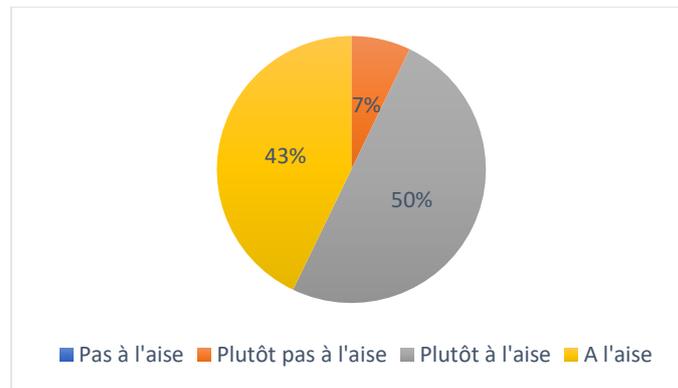


Figure 17 : Aisance des DAM en début de campagne pour promouvoir l’activité physique

Le DAM ayant répondu « plutôt pas à l’aise » a déclaré avoir été de plus en plus à l’aise au fur et à mesure de la campagne comme la plupart des autres DAM. (figure 14)

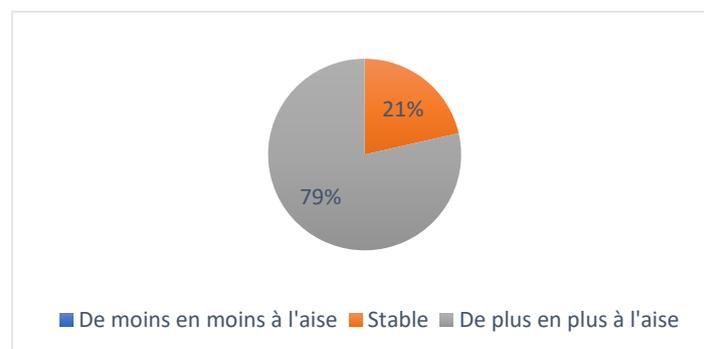


Figure 18 : Evolution de l’aisance du DAM au fur et à mesure de la campagne pour promouvoir l’activité physique

b. Accueil de la campagne par les médecins généralistes

Selon les DAM, la proportion de médecins généralistes intéressée par la campagne était de 83%, avec une médiane de 80%. Un DAM a estimé que seuls 55% des médecins généralistes étaient intéressés par le sujet (valeur minimale des résultats).

De manière générale, les DAM ont eu le sentiment que les médecins généralistes étaient satisfaits de la présentation du dispositif “On y va”.

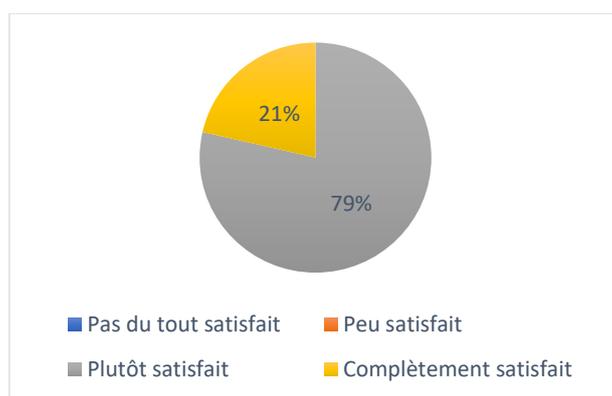


Figure 19 : Niveau de satisfaction des médecins généralistes concernant la présentation du dispositif “On y va”

Cependant, des freins étaient régulièrement relevés par les médecins généralistes, comme le montre la *figure 20*. Les différents freins sont représentés sur la *figure 21*.

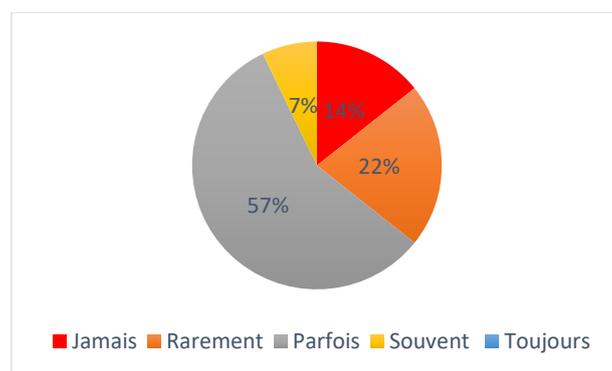


Figure 20 : Mise en évidence de freins par les médecins généralistes sur la promotion de l'activité physique

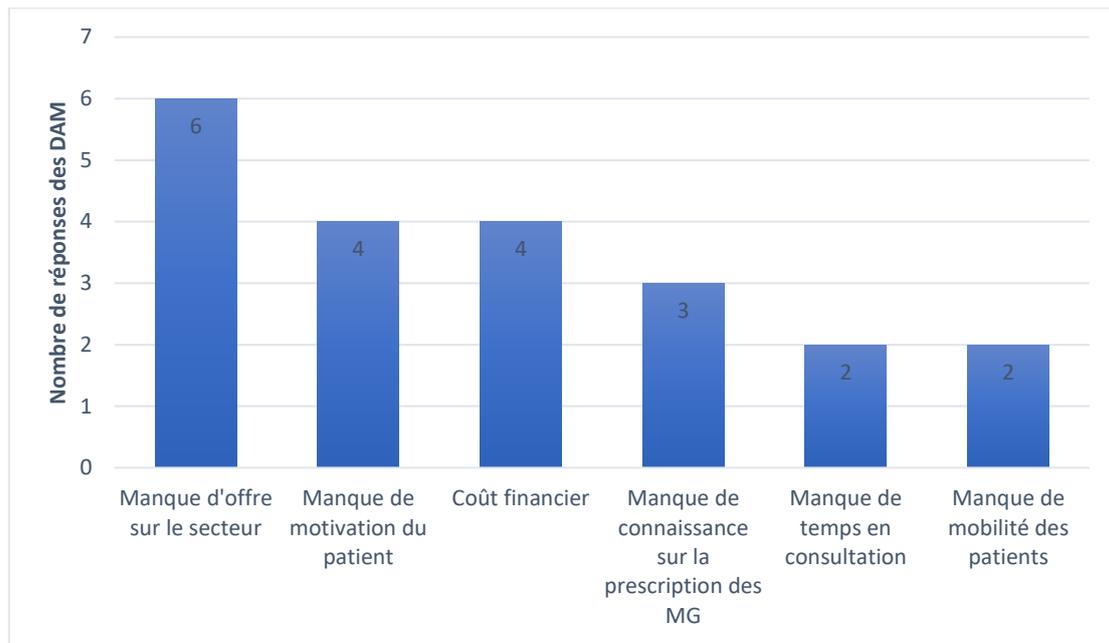


Figure 21 : Types de freins à la promotion d'activité physique relevés par les médecins généralistes

Le frein principal est le manque d'offre de « sport-santé » sur le secteur. Parmi les DAM ayant répondu cela, 2 d'entre eux travaillaient sur un secteur où existait une MSS, et 4 d'entre eux où il n'y avait pas de MSS.

Très souvent, ces freins étaient améliorés par la présentation des DAM après les entretiens, comme le montre la *figure 22*.

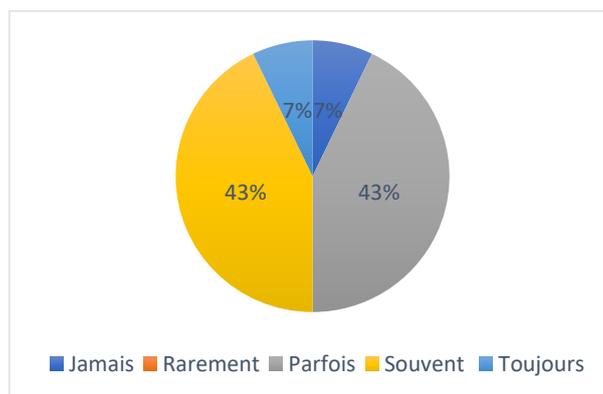


Figure 22 : Amélioration des freins des médecins généralistes après les entretiens sur la promotion de l'activité physique selon les DAM

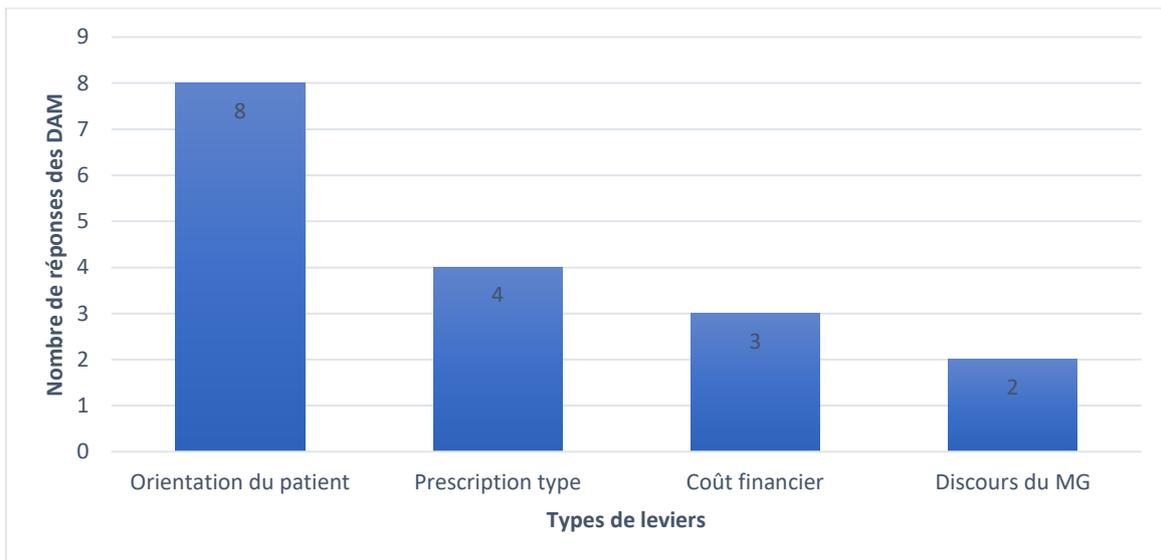


Figure 23 : Leviers possibles relevés par les médecins généralistes à la promotion de l'activité physique déclarés par les DAM

Huit DAM déclarent que l'orientation des patients était plus simple pour les médecins généralistes, surtout grâce à la présentation du dispositif "On y va" (« *meilleure orientation des encadrants et des activités proposées sur la commune des patients via le site "On y va" »* »).

La prescription d'activité physique était développée durant les entretiens, sous forme de prescription libre ou avec un modèle type proposé par "On y va", ce qui a permis d'améliorer le sentiment de compétences des médecins généralistes et de « *facilité[er] de la prescription avec un outils précis* ».

La prise en charge financière a également été notée comme étant un levier après les entretiens par 3 DAM (dont 2 qui l'avaient présenté comme un frein), après la présentation des possibilités de prise en charge financières par certaines complémentaires ou un financement en fonction du quotient familial pour certains MSS.

Enfin, 2 DAM déclarent que les entretiens ont également amélioré la manière d'aborder l'activité physique des médecins généralistes envers leurs patients « *sur l'approche et le discours* ».

Certains médecins généralistes étaient demandeurs de supports d'information pour eux ou pour leurs patients, pour améliorer la communication.

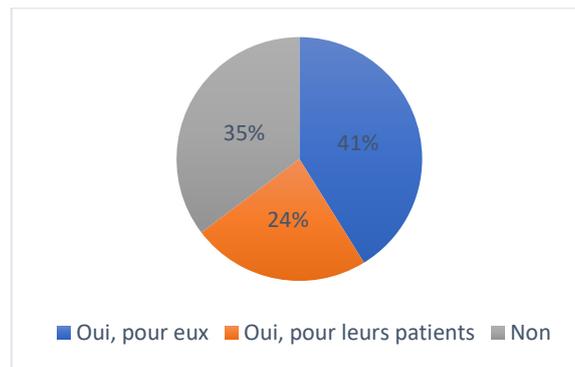


Figure 24 : Demande de support d'information des médecins généralistes selon les DAM

c. Evaluation de la campagne par les DAM

Lien entre les différents thèmes de campagne

Selon le DAM, l'importance du lien entre l'activité physique et les autres thèmes abordés en entretien était important pour 8 d'entre eux, principalement pour rendre fluide l'entretien et que le message soit mieux intégré par les médecins : « *pour faire le lien et insister sur l'importance de la prévention dans toutes les thématiques* ».

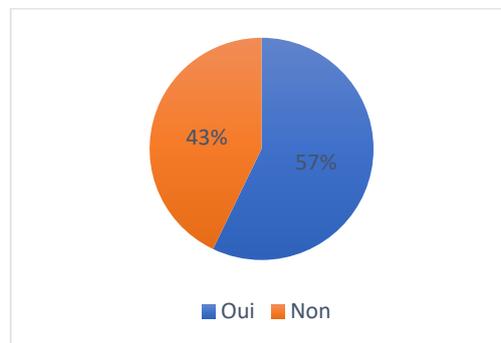


Figure 25 : Importance selon les DAM d'un lien entre les différents thèmes abordés

Pour 6 d'entre eux, cela n'avait pas d'importance et pas d'impact. Aucun argument dans ce sens n'a été rédigé.

Avantages de la campagne selon les DAM

Les DAM ont apprécié réaliser cette campagne, l'ont trouvée différente des autres menées jusqu'à présent.

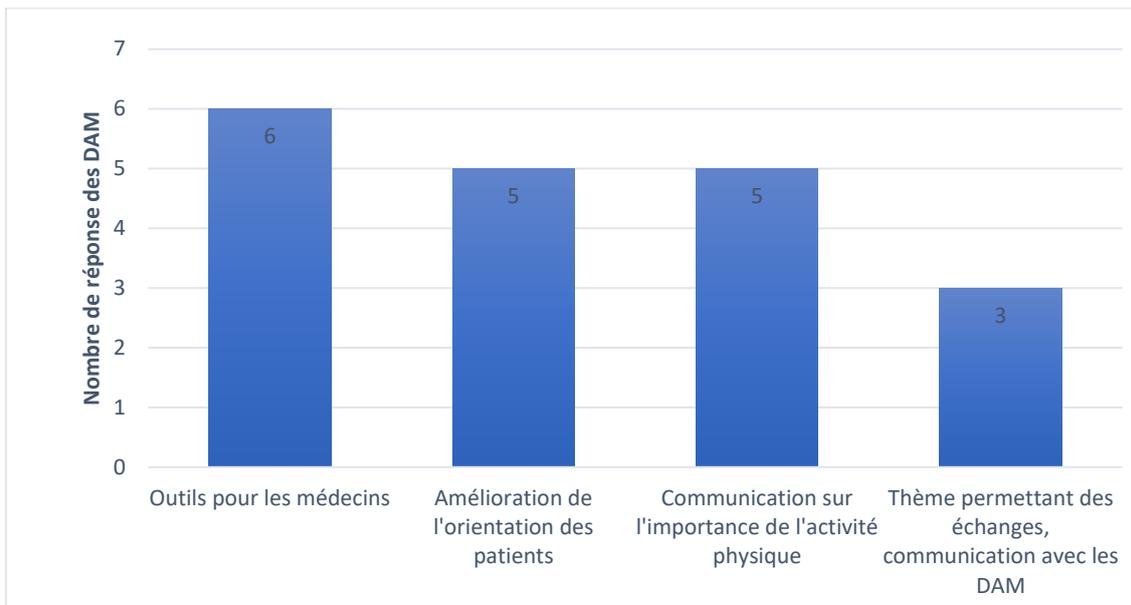


Figure 26 : Avantages de la campagne identifiés par les DAM

Quatre grands types d'avantages se dégagent :

- La démonstration d'outils pour les médecins et d'aide à la prescription : « *soutien auprès des MG avec mise à disposition d'outils concrets, pratiques, rapides et efficaces* »
- L'amélioration de l'orientation des patients : « *meilleure connaissance des offres APA sur leur territoire* »
- Le thème important et rappelle l'importance de la réalisation de l'activité physique pour une bonne santé
- Le thème permettant des échanges avec les médecins généralistes et d'augmenter la "crédibilité" des DAM : « *démontrer aux médecins que nous connaissons nos territoires* ».

Les DAM mettent l'accent sur la différence de cette campagne (« *différente des autres et qui concerne beaucoup de patients* ») et ce qu'elle peut apporter à leur relation avec les médecins généralistes.

La campagne n'a pas eu d'impact négatif sur la relation entre les DAM et les médecins généralistes : 3 DAM déclarent que cette campagne a amélioré leur relation, et les 11 autres aucune modification.

Limites de la campagne selon les DAM

Des limites ont également été évoquées, développées dans la *figure 27*.

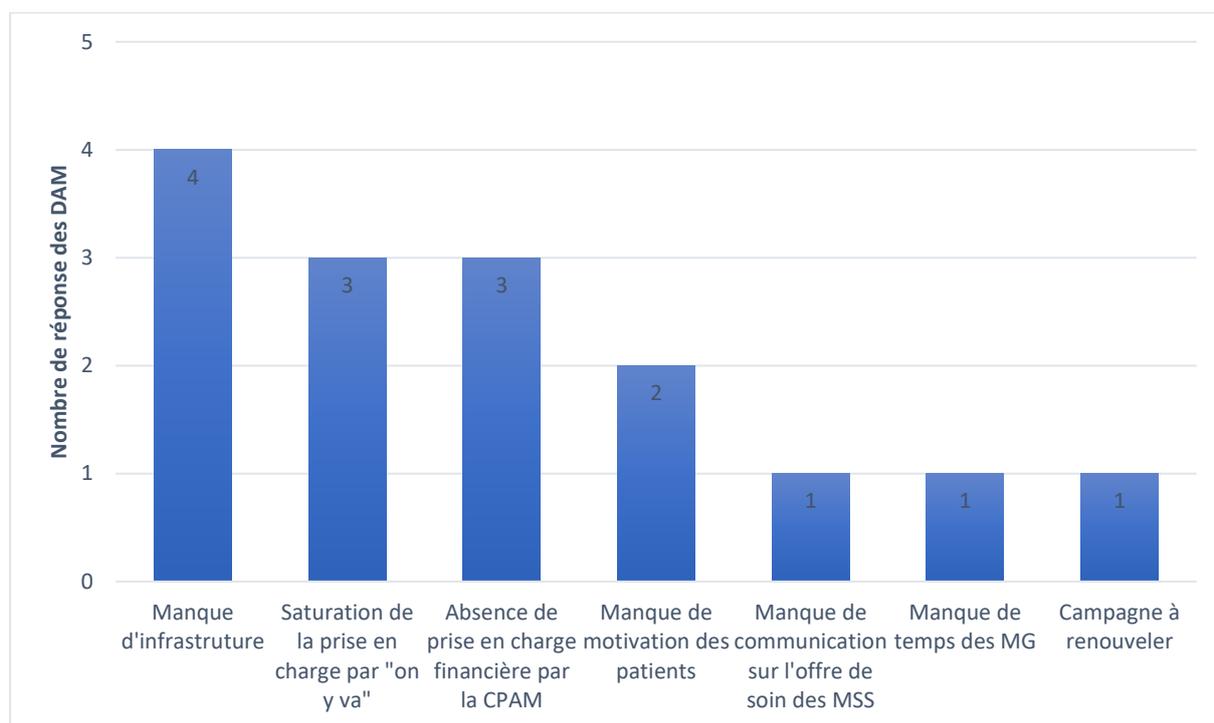


Figure 27 : Limites de la campagne identifiées par les DAM

Deux DAM ont rencontré quelques difficultés de communication avec les médecins généralistes, concernant la prise en charge financière et sur le fait que le rôle du médecin généraliste n'est pas forcément celui décrit par la campagne : « *lorsque le médecin estime que cela regarde les patients, ce n'est pas son cœur de métier* ».

Un autre médecin a évoqué une « *médecine à double vitesse* », lorsqu'il faut demander au « *patient de se renseigner auprès de sa mutuelle* » avant de réaliser une prescription nécessaire à sa bonne santé.

Perspectives après la campagne

En fin de questionnaire, un champ était laissé libre pour que les DAM puissent ajouter un commentaire.

Sur les 5 réponses obtenues, 2 DAM ont noté l'importance d'un suivi de la campagne pour évaluer ce qui a été réalisé par les médecins généralistes.

Les DAM sont également demandeurs d'un « *retour du dispositif sur notre action* ».

Points clés :

Evolution favorable au fur et à mesure de la campagne du sentiment de compétence du DAM.

Campagne « différente des autres » sans objectifs de chiffre, qui permet de donner des outils simples aux médecins généralistes pour les aider au quotidien.

Des freins à cette campagne ont été mis en évidence par les médecins généralistes, pour la plupart identifiés comme leviers après l'entretien du DAM.

Cette campagne n'a pas affecté négativement la relation entre médecins généralistes et DAM, et a même participé à améliorer leur « *crédibilité* » auprès des médecins généralistes selon les DAM.

Discussion

Contexte de l'étude

Cette étude de faisabilité et d'acceptabilité de la campagne de promotion de l'activité physique est dans l'air du temps, devant les bénéfices évidents de la pratique d'activité physique en prévention primaire, secondaire et tertiaire. Au cours de nos études, nous avons tous été confrontés à des patients réticents au changement, pouvant décourager le soignant dans ses conduites préventives et éducatives. Le quotidien de plus en plus sédentaire des populations aide peu, et l'offre locale est limitante.

Lors de mes recherches, j'ai pu identifier l'évolution des définitions de l'activité physique et l'évolution des prises en compte de ses bienfaits dans les différents études et recommandations. Les textes de loi et projets aux différentes échelles ont évolués, jusqu'à devenir un enjeu de santé publique. Les médecins généralistes, au cœur des soins primaires, ont pour devoir de guider le patient vers des conduites de bonne santé. Ils se heurtent quotidiennement aux freins des patients, au manque de temps et aux difficultés de prises en charge financières. Ces freins, j'ai pu les constater lors de mon activité libérale et également hospitalière durant mon internat.

Impliquer les DAM dans cette campagne a permis d'impliquer une majorité de médecins généralistes au sein d'un territoire, en leur présentant des outils simples à d'utilisation en consultation et d'information sur l'offre locale disponible. Ces outils devraient permettre au médecin de renouer le dialogue avec ses patients sur l'activité physique et d'avoir des leviers supplémentaires aux freins exprimés. L'implication de la CPAM dans cette campagne était également importante, dans la stratégie de limitation des dépenses de santé. Si le coût social de l'inactivité physique est estimé à 140 milliards d'euros par an en France (5), le coût « médical » est imaginé comme important. En proposant une campagne de prévention de ce type, sans objectif de résultat ou d'indicateur précis à surveiller, cela a permis de replacer la CPAM au cœur de la prévention et de relancer le débat du remboursement de l'activité physique à des fins thérapeutiques.

L'épidémie COVID-19 a quelque peu éloigné les médecins généralistes de la CPAM, les DAM étant écartés du terrain durant près de 2 années. Cette campagne a participé à relancer le dialogue, d'autant plus important à l'aube de la signature de la prochaine convention.

Résultats principaux

Les résultats de l'étude permettent de valider l'acceptabilité et la faisabilité de la campagne.

La formation des DAM a répondu à un besoin avant la réalisation de la campagne, afin qu'ils soient les plus armés possibles lors des entretiens pour guider au mieux les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne en termes de promotion d'activité physique. L'implication des formateurs sur la journée a été appréciée par leur niveau d'expertise. Le fait que les formateurs soient externes à la CPAM était une nouveauté.

Durant la campagne, la présentation d'outils simples et des possibles offres locales a permis l'intéressement et l'adhésion des médecins généralistes, tous déjà convaincus par les bienfaits de l'activité physique.

Les DAM ont été des interlocuteurs importants tant dans leur relation avec les médecins généralistes, qu'avec la CPAM. Cette campagne a permis d'échanger sur ce sujet de prévention, là où les autres campagnes sont généralement unilatérales émanant d'objectifs nationaux. Elle a été appréciée par les médecins généralistes.

La campagne a pu mettre en lumière un dispositif local, et la présentation de possibilité locales avec les Maisons Sport Santé dans la grande majorité des cas inconnues par les médecins généralistes. La connaissance de l'offre locale par les DAM a affecté positivement la relation avec les médecins généralistes, ajoutant de la « crédibilité » à leurs visites.

Les freins mis en lumière par les médecins généralistes étaient souvent identifiés comme leviers à la fin de l'entretien.

La possibilité de financement de séances de « sport santé » par les complémentaires santé ou en fonction du quotient familial n'était pas connue de tous les médecins généralistes et restait un frein majeur. En effet, les patients nécessitant un accompagnement personnalisé sont souvent ceux qui ont le moins de moyens financiers ou qui appartiennent à une classe sociale défavorisée.

Le manque de connaissance sur l'offre de soins avec la présentation de partenaires « sport-santé » (MSS ou autres associations) a été amélioré par la campagne, notamment par les ressources du site internet onyva-paysdelaloire.fr.

Le manque de prescriptions écrites des médecins généralistes provenait principalement d'un manque de connaissance sur les modalités de celles-ci. La campagne a probablement permis

d'améliorer cela, en incitant les médecins généralistes à inscrire des objectifs simples sur l'ordonnance ou par la prescription type disponible sur le site internet onyva-paysdelaloire.fr.

Les DAM ont évoqué également des moyens de formation plus approfondie pour les médecins généralistes via "On y va" pour la prescription d'activité physique. Cela pourrait répondre à un besoin des médecins, comme il a été évoqué comme frein à la prescription.

Enfin, la motivation du patient, évoquée comme frein peut être reliée à son environnement favorisant ou non sa pratique. Il convient de trouver avec lui des objectifs simples et réalisables, comme en notant des objectifs simples sur l'ordonnance comme « vérifier l'état d'usure des chaussures » ou encore « aller promener le chien 2 fois par jour 15 minutes ». Le travail communicationnel et motivationnel du médecin permettra, lorsque la temporalité du patient s'accordera avec celle du généraliste, d'augmenter sa pratique. Les objectifs seront ensuite réévalués à chaque consultation.

Comparaison avec la littérature actuelle

Certaines données de la campagne peuvent être comparées à celles mises en évidence par le Panel réalisé en Loire-Atlantique en 2016. (36) Dans l'étude du Panel, les médecins généralistes déclaraient encourager la pratique d'activité physique à 97%, mais réalisaient seulement 6% de réalisation de prescription écrite. Les moyens qu'avaient les médecins généralistes pour encourager l'activité physique étaient principalement déclaratifs, en discutant des objectifs du patient (90% des cas). L'offre locale était abordée dans seulement 40% des cas. Des objectifs avec les patients étaient notés dans 30% des cas.

Comme les données du panel, les DAM dans notre campagne ont déclaré que les médecins généralistes encourageaient l'activité physique très régulièrement, avec des patients ciblés majoritairement. La prescription d'activité physique était rarement réalisée parmi les médecins prescripteurs.

Baptiste Charvieux, dans sa thèse de médecine générale réalisée en 2019, évoquait les freins à la mise en place du dispositif « Sport sur Ordonnance » (43). Il relevait le manque de formation des prescripteurs, le manque de connaissance sur les référentiels et les recommandations sur la prescription. Cette limitation a été retrouvée lors de la campagne, mais

la solution de formation était présentée aux médecins : possibilité de formation via un webinaire disponible sur le site internet “On y va“ ou également lors de FMC. De plus, les porteurs du dispositif “On y va“ sont intervenus en 2022 auprès d’internes lors d’une journée de formation, et également via le syndicat des internes de médecine générale (SIMGO) pour une soirée sur le thème de la prescription d’activité physique. La formation est donc de plus en plus développée, et ce dès l’internat de médecine générale.

Il relevait également le manque d’offre de soins et de sport-santé. Depuis la rédaction de sa thèse, les MSS se sont développées. Même si à l’échelle nationale le territoire en est couvert, il existe des disparités au sein même d’un département. C’est une limitation que les DAM ont relevé dans la campagne. L’amélioration du maillage territorial devrait rester au cœur des priorités. Leur différence de fonctionnement peut être un frein, car les activités et les prises en charge financières proposées peuvent être différentes.

Enfin, il met l’accent sur l’importance d’une communication locale pour améliorer le dispositif « sport sur ordonnance », pour donner la connaissance au médecin prescripteur de l’offre de soin de son secteur. C’est le point que nous voulions détailler avec les médecins généralistes lors de la campagne, notamment avec la présentation du dispositif “On y va“. Le médecin va être plus à même de promouvoir les activités locales si on lui a présenté les possibilités de son territoire.

Ce travail n’avait pas pour objectif d’évaluer les pratiques médicales à la suite de la campagne de promotion d’activité physique réalisée. Un travail de thèse a été réalisé par Anne-Sophie Lecompte pour évaluer une campagne de promotion d’activité physique en 2012 en Loire-Atlantique réalisé par l’association APS (Agir pour la Promotion de la Santé) (44). Cette campagne avait été réalisée auprès de 60 médecins généralistes volontaires. Cette étude a démontré que la pratique de ces médecins 18 mois après la campagne était modifiée : ils encourageaient de façon plus régulière la pratique d’activité physique. Ces résultats sont à nuancer, du fait du caractère déclaratif des médecins et de la sélection des médecins visés (médecins volontaires, souvent intéressés déjà par la thématique). Les médecins interrogés encourageaient la réalisation d’une nouvelle campagne de promotion (à plus grande échelle ?), avec la nécessité de supports pour les patients.

Dans notre campagne, les DAM ont émis l’importance d’un suivi de la campagne. Plusieurs DAM ont déclaré qu’il serait important de questionner les médecins généralistes visités sur la modification de leurs pratiques depuis la campagne. Un autre DAM a déclaré la nécessité de

réitérer la campagne afin que l'information soit de nouveau véhiculée pour qu'elle soit bien intégrée.

Validité de l'étude

Forces de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude mixte avec une approche quantitative et qualitative car nous voulions avoir des données à chaque étape de la campagne. Cela représente une force pour cette étude.

Les participants étaient représentatifs de la population cible car aucun échantillonnage n'a été réalisé. Toute la population a donc été étudiée. Les caractéristiques de chaque DAM sont variées : niveau de pratique d'activité physique, années d'expérience, secteur géographique d'activité, expérience personnelle.

Une des forces de cette étude est également dans le nombre de médecins généralistes ayant reçu la campagne. Ce sont près de 850 médecins généralistes qui ont été sensibilisés à la promotion d'activité physique.

La différence avec les autres campagnes aurait pu être déstabilisante pour les DAM, mais elle a été une force. La formation réalisée par des « experts » extérieurs pendant une journée complète et l'absence d'objectif chiffré a été une motivation pour les DAM. Cela les a impliqué dans la diffusion d'un message de prévention dont ils étaient convaincus, et d'une aide pratique aux médecins généralistes.

Selon les retours des DAM, la campagne a permis de répondre à un besoin des médecins généralistes. Les freins qu'ont pu mettre en évidence les DAM étaient pour la grande majorité améliorés par la présentation de la campagne.

Faiblesses de l'étude

Concernant la réalisation de l'étude, nous notons un biais de suivi. En effet, sur les 15 DAM présents à la formation, seuls 2 d'entre eux m'ont contacté pour réaliser une observation de visites. Cela a également participé à un biais de sélection car j'ai assisté à des entretiens avec des DAM motivés par la campagne. De plus, les entretiens se sont déroulés sur des secteurs où

il existait des MSS, ce qui a pu biaiser la connaissance des médecins généralistes des partenaires « sport-santé » aux alentours.

Le faible nombre de participants est un facteur limitant la force de l'étude. Le nombre de 15 participants est faible pour une analyse quantitative où des échantillons plus grands sont souvent nécessaires pour conclure à une force significative.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés suivant une grille d'entretien, mais je n'avais pas d'expérience dans ce domaine. La faible quantité d'entretiens réalisés ne m'a pas permis d'être très à l'aise lors de leur réalisation.

Il existe également un biais d'informations quant au recueil de l'évaluation de la campagne par le questionnaire. Nous avons réalisé ce questionnaire grâce à l'outil Framiforms, en posant quelques questions ouvertes. Nous nous sommes aperçus en analysant les données qu'une limite de caractère était définie de façon arbitraire par le site, ce qui a pu limiter les réponses des DAM.

Enfin, les réactions des médecins généralistes ont été recueillies sur l'interrogation des DAM, aucune enquête n'a été réalisée directement auprès d'eux. Les réponses sont donc supposées, ce qui limite leur interprétation.

Concernant la réalisation de la campagne, l'objectif principal était la promotion de l'activité physique pour tous les patients. Le dispositif "On y va", étant un dispositif plus spécifique à destination des patients ayant une maladie chronique, devait servir d'appui pour ces patients. Nous avons le sentiment, a posteriori, que le message transmis aux médecins généralistes était plus ciblé sur la promotion de ce dispositif que l'activité physique pour tous. L'existence et la présentation des outils spécifiques à ce dispositif (prescription, site internet, etc.) ont probablement contribué à orienter les échanges avec les médecins sur cet angle-là.

Perspectives

Plusieurs acteurs de la CPAM 44 étaient présents lors de la formation. Pour rappel, en plus des DAM étaient présents les animateurs territoriaux, employés rattachés au service prévention de la CPAM, qui ont également un rôle important dans la prévention sur un territoire donné. Par leur inclusion dans les CPTS et les collectivités territoriales, ils peuvent avoir un impact dans la promotion de l'activité physique auprès des médecins mais également auprès de la population et des autres professionnels. Cette collaboration est récente et est à développer

pour envisager de réaliser des projets communs. Cela permettrait de définir les rôles de chacun et permettrait une communication plus efficiente auprès des médecins ou des populations.

Concernant la prise en charge financière de l'activité physique adaptée, la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 (23) prévoyait de réaliser un rapport sur « la prise en charge par l'assurance maladie des séances d'activités physiques adaptées prescrites ». Ce rapport n'a pas encore vu le jour, mais la perspective d'un financement pourrait être envisagée. Peu d'études sur les bénéfices économiques de l'APA ont été réalisées en France, mais les premières études sont prometteuses, ce qu'a pu mettre en évidence le rapport réalisé par le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques. En effet, une étude sur un programme d'APA réalisé en institution permettrait de diminuer le risque de chute et donc éviter des dépenses de santé liées à la morbidité. Il en serait de même pour des patients atteints de pathologies chroniques suivant un programme d'APA. (45)

Depuis la réalisation de la campagne, nous constatons déjà des changements.

En comparant la période d'octobre à décembre 2021 à la période d'octobre à décembre 2022, le nombre de connexion sur le site "On y va" a augmenté :

- + 80% de connexion sur le site
- + 350% de téléchargement de la prescription type d'activité physique.

Le passage des DAM a également permis à des médecins généralistes de se former. Depuis la campagne, 71 médecins généralistes ont été recontactés par le dispositif "On y va" pour organiser des formations plus approfondies. Trois interventions ont été réalisées depuis janvier 2023 auprès de médecins généralistes ou de groupes interprofessionnels (incluant médicaux et paramédicaux). D'autres formations de ce type devraient voir le jour dans les mois à venir.

Lors de la campagne, 9 MSS étaient en fonctionnement. Trois nouvelles MSS ont été labellisées en 2023, ce qui va permettre une augmentation du maillage territoriale de sport-santé.

L'évaluation de la mise en application de la promotion de la pratique d'activité physique à la suite de la campagne n'a pas été évaluée. Il serait intéressant de la réaliser à distance, en interrogeant directement les médecins généralistes sur l'évolution de leurs pratiques depuis la campagne.

Les résultats de cette étude permettent d'envisager de réaliser cette campagne dans des départements voisins puisque le dispositif "On y va" est régional. Peut-être verra-t-elle le jour prochainement dans les autres départements des Pays de la Loire selon la volonté et la possibilité des autres services DAM des CPAM concernées.

Conclusion

La faisabilité et l'acceptabilité de la campagne de promotion d'activité physique auprès des médecins généralistes de Loire Atlantique par les DAM est validée.

La formation des DAM, co-construite avec la CPAM, a répondu à un besoin théorique et pratique afin de mener à bien les entretiens de la campagne. Les DAM étaient satisfaits de sa qualité et l'implication des formateurs a été appréciée.

Les DAM ont réalisé la campagne sans difficultés, étant à l'aise dès les premiers entretiens. Les freins évoqués par les médecins généralistes étaient levés lors des entretiens avec le discours et la présentation d'outils (dispositif "On y va", prescription type).

Les médecins généralistes connaissaient rarement des partenaires « sport-santé » et le dispositif "On y va", indépendamment de leur lieu d'exercice et de la disponibilité d'offres d'activité physique ou sportive adaptées. La présentation du dispositif et des offres locales ont été appréciés par les médecins généralistes.

La campagne n'a pas eu d'impact négatif sur la relation entre les DAM et les médecins généralistes. Au contraire, les DAM ont présenté cette campagne comme « différente des autres », d'une part par la présence d'une formation complète, et d'autre part sur l'absence d'indicateur pour les médecins. Cette campagne a permis des échanges entre DAM et médecins généralistes plus que sur les autres campagnes, et même d'augmenter la « crédibilité » des DAM en démontrant aux médecins qu'ils connaissaient leur territoire.

Au-delà de la campagne, cela a permis à des médecins généralistes de découvrir de façon plus approfondie l'activité physique et sa prescription via l'équipe de "On y va" lors de FMC ou autre réunion *in situ*. De plus, l'utilisation du site internet et de ses outils médecins est en hausse. Ces résultats sont prometteurs et encouragent à poursuivre les projets de prévention.

Des perspectives d'amélioration ont vu le jour après la réalisation de la campagne. D'une part, le coût financier à la charge du patient reste souvent élevé et des inégalités de prise en charge financière entre les différentes structures proposant du « sport-santé » sont présentes. La possibilité d'une prise en charge financière par l'assurance maladie pourrait voir le jour, à condition que les offres en question soient mieux définies réglementairement.

L'augmentation de l'offre de « sport-santé », avec notamment la labellisation de nouvelles MSS, semble indispensable afin de pouvoir accompagner les patients sans distinction de secteur.

De plus, il semble nécessaire d'évaluer la mise en pratique de la campagne auprès des médecins généralistes. L'évaluation d'une intervention fait partie des missions des DAM lors de la réalisation d'une campagne, et pourrait être réalisée lors d'une nouvelle visite en fin d'année 2023. Cela permettrait de renforcer l'intérêt de la campagne, et d'envisager son renouvellement si nécessaire

Enfin, les premiers résultats de cette campagne en Loire-Atlantique permettent d'envisager sa réalisation dans d'autres départements, que ce soit en Pays de la Loire accompagné du dispositif "On y va" ou dans d'autres régions lorsqu'un dispositif semblable existe.

Bibliographie

1. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. 2019 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques/>
2. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité [Internet]. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2016 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/actualisation-des-rep%C3%A8res-du-pnns-r%C3%A9visions-des-rep%C3%A8res-relatifs-%C3%A0-l%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-%C3%A0>
3. Organisation mondiale de la Santé. Maladies non transmissibles [Internet]. 2022 [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Haute Autorité de Santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2022 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante
5. République française. L'intégration des bénéfices de santé liés à l'activité physique dans la conception des projets d'aménagement [Internet]. 2022 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.notre-environnement.gouv.fr/donnees-et-ressources/ressources/publications/article/l-integration-des-benefices-de-sante-lies-a-l-activite-physique-dans-la?type-ressource=liens&lien-ressource=plan>
6. Perrin C, Dumas A, Vieille Marchiset G. L'activité physique comme objet de santé publique : fabrique, diffusion et réception des nouvelles normes de santé active. SociologieS [Internet]. 2 févr 2021 [cité 4 mars 2023]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sociologies/15612>
7. République française. 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. 2016-1990 déc 30, 2016.
8. République française. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 [Internet]. sports.gouv.fr. 2019 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>
9. Depiessé F. Prescription des activités physiques [Internet]. 2ème édition. France: Elsevier Masson; 2016 [cité 4 avr 2023]. 544 p. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/prescription-des-activites-physiques-9782294744648.html>
10. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet. 21 juill 2012;380(9838):219-29.

11. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Manque d'activité physique et excès de sédentarité : une priorité de santé publique [Internet]. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2022 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/manque-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-exc%C3%A8s-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-une-priorit%C3%A9-de-sant%C3%A9-publique>
12. Marchant G, Nicaise V, Chastin S, Boiché J. Réduire le temps assis en milieu professionnel : l'étude « Sédentarité au travail » (SAuT). Santé Publique. 2019;31(3):377-85.
13. World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Des soins novateurs pour les affections chroniques: éléments constitutifs : rapport mondial [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2003 [cité 21 févr 2023]. Report No.: WHO/MNC/CCH/02.01. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42686>
14. Comité national olympique et sportif français. LA RAISON DU PLUS SPORT [Internet]. CNOSF. Paris, France; 2006 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/70593-La-raison-du-plus-sport.html>
15. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2011 [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
16. République française. Les 10 mesures phares du PNNS 4 [Internet]. Manger Bouger. 2019 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/ressources-pros/le-plan-national-nutrition-sante-pnns/les-10-mesures-phares-du-pnns-4>
17. République française. Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNAPS) [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/plan-national-de-prevention-par-l-activite-physique-ou-sportive-pnaps>
18. République française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
19. République française. La pratique des activités physiques et sportives facteur de santé publique | Portail du Gouvernement [Internet]. 2012 [cité 7 janv 2023]. Disponible sur: <http://archives.gouvernement.fr/ayrault/gouvernement/la-pratique-des-activites-physiques-et-sportives-facteur-de-sante-publique.html>
20. Ville et Eurométropole de Strasbourg. Sport santé sur ordonnance à Strasbourg [Internet]. [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>
21. République française. Les Maisons Sport-Santé, un outil d'égalité des chances et d'accès au droit de la santé par le sport [Internet]. France; 2022 janv [cité 31 janv 2023] p. 46. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/les-maisons-sport-sante-un-outil-d-egalite-des-chances-et-d-acces-au-droit-de-la-sante-par-le-sport>

22. On y va Pays de la Loire. Le plan régional Sport Santé bien être | On y va ! [Internet]. 2020 [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: <https://onyva-paysdelaloire.fr/le-dispositif/>
23. République française. LOI n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France. 2022-296 mars 2, 2022.
24. République française. Décret n° 2023-235 du 30 mars 2023 fixant la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées - Légifrance [Internet]. mars 30, 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047377952>
25. Swinburn BA, Walter LG, Arroll B, Tilyard MW, Russell DG. The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health*. févr 1998;88(2):288-91.
26. Vallée É, Vastel É, Piquet MA, Savey V. Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance. *Nutr Clin Métabolisme*. sept 2017;31(3):194-206.
27. Foucaut AM, Chapelot D, Lhuissier F, Landry A, Vergnault M. Ordonnances - Activité physique: 90 prescriptions. MALOINE; 2021. 482 p.
28. Knobé S. La prescription médicale d'activité physique et perspectives socio-écologiques. *Santé Publique*. 2019;31(6):827-36.
29. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique : Contextes et effets sur la santé [Internet]. Paris; 2008 [cité 4 mars 2023] p. 811. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>
30. Verdot C. Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014-2016 et évolution depuis 2006-2007. *Univ Paris 13*. 20 déc 2019;9.
31. Santé Publique France. Étude nationale nutrition santé, ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) [Internet]. 2007 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/etude-nationale-nutrition-sante-enns-2006.-situation-nutritionnelle-en-france-en-2006-selon-les-indicateurs-d-objectif-et-les-reperes-du-programm>
32. Santé Publique France. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 2e édition. juin 2017;
33. Department of health and human services USA. 2014 State Indicator Report on Physical Activity. 2014;
34. Bennie JA, Pedisic Z, van Uffelen JGZ, Gale J, Banting LK, Vergeer I, et al. The descriptive epidemiology of total physical activity, muscle-strengthening exercises and sedentary behaviour among Australian adults – results from the National Nutrition and Physical Activity Survey. *BMC Public Health*. déc 2015;16(1):73.
35. Bloy G, Moussard Philippon L, Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. *Santé Publique*. 2016;S1(HS):153-61.

36. Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire, Union régionale des médecins libéraux Pays de la Loire. Promotion et prescription de l'activité physique : attitudes et pratiques des médecins généralistes des Pays de la Loire. N° 13. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale [Internet]. 2016 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/promotion-et-prescription-de-lactivite-physique-attitudes-et-pratiques-des-medecins>
37. Garcia S. La prescription d'activité physique, conséquences pour les professionnels de santé et les patients [Internet] [Thèse d'exercice : Pharmacie]. [Aix-Marseille, France]: Aix-Marseille Université; 2020 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03072343>
38. Collège des enseignants de Nutrition. Référentiel des Collèges Nutrition édition 2021 [Internet]. Elsevier Masson. 2021 [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/etudes-de-medecine/referentiel-des-colleges-nutrition-edition-2021>
39. Collège français des enseignants en médecine et traumatologie de l'exercice et du sport. Activité physique et sportive : facteur de santé [Internet]. Elsevier Masson. 2019 [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/etudes-de-medecine/activite-physique-et-sportive-facteur-de-sante>
40. Mahyaoui Y. Portage des réformes par les délégués de l'assurance maladie: mécanisme de surveillance versus mécanisme incitatif au sens moral [Internet]. Université Amiens Jules Verne, laboratoire CRESAIL.; 2008. Disponible sur: <http://www.annuaire-secu.com/pdf/DAM-y-mahyaoui.pdf>
41. Assurance maladie. L'essentiel de la convention médicale 2016 [Internet]. 2021 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/medecin/textes-reference/convention-medecale-2016/convention-2016-essentiel>
42. Guével MR, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. Santé Publique. 2012;24(1):23-38.
43. Charvieux B. Freins à la mise en place du dispositif sport sur ordonnance en Haute-Savoie: regard croisé entre médecins généralistes et enseignants en activité physique adaptée [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2019 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6j67g3j>
44. Lecompte-David AS, Le Vaillant P. Évaluation de la promotion de l'activité physique en médecine générale: regard sur les pratiques de médecins généralistes des Pays de la Loire, 18 mois après une campagne de prévention réalisée entre mai et juillet 2011 [Internet]. Nantes, France; 2013 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=c5197433-a4fe-43a3-a8ca-624a953aa2c6>
45. Baron C. Evaluer les impacts socio-économiques du sport-santé en France 2022 [Internet]. Onaps.fr. 2023 [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://onaps.fr/evaluer-les-impacts-socio-economiques-du-sport-sante-en-france-2022-nouveau-rapport-inedit/>

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de début de formation des DAM le 26/09/2022

Depuis combien de temps exercez-vous le métier de DAM ?

Pensez-vous être sportif ?

Oui Non

Pensez-vous être physiquement actif ?

Oui Non

Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisir, télé, ordinateur, travail, etc.) ?

Plus de 5h	4 à 5h	3 à 4h	2 à 3h	Moins de 2h
------------	--------	--------	--------	-------------

Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?

Oui Non

A quelle fréquence pratiquez-vous ces activités ?

1 à 2 fois/mois	1 fois/semaine	2 fois/semaine	3 fois/semaine	4 fois/semaine
-----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?

Moins de 15 min	15 à 30 min	31 à 45 min	46 à 60 min	+ de 60 min
-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Habituellement, comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représentant un effort très facile, et le 5 un effort difficile

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?

Légère	Modérée	Moyenne	Intense	Très intense
--------	---------	---------	---------	--------------

En dehors de votre travail, combien d'heures consacrez-vous au travaux légers (bricolage, jardinage, ménage etc.) par semaine ?

Moins de 2 heures	3 à 4 heures	5 à 6 heures	7 à 9 heures	+ de 10 heures
-------------------	--------------	--------------	--------------	----------------

Combien de minutes consacrez-vous à la marche chaque jour ?

Moins de 15 min	15 à 30 min	31 à 45 min	46 à 60 min	+ de 60 min
-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?

Moins de 2	3 à 5	6 à 10	11 à 15	+ de 16
------------	-------	--------	---------	---------

Où situez-vous votre compétence pour parler d'AP à ce jour ?



Où situeriez-vous la compétence des médecins généralistes pour parler d'AP en moyenne ?



Les médecins vous ont-ils déjà posé des questions liées l'activité physique ? Si oui, précisez.

Avez-vous déjà abordé avec un médecin généraliste le thème de l'activité physique ? Si oui, précisez.

Pour vous, quelles sont/ seraient vos difficultés pour aborder la prescription d'activité physique ?

Selon vous, quelles sont/ seraient les difficultés des médecins généralistes pour inclure l'activité physique dans la prise en charge des patients ?

Cochez les 3 propositions qui vous semblent prioritaires pour vous permettre d'aborder plus facilement l'activité physique avec les MG ?

- plus de connaissances « scientifiques » sur les bienfaits de l'activité physique
- information sur les dispositifs locaux
- campagne nationale de sensibilisation du grand public
- campagne nationale à destinée des médecins généralistes

- un site internet
- des flyers à destinée des médecins
- des flyers à destinée des patients
- affiches dans les salles d'attente
- la formation des médecins généralistes
- création d'un indicateur de « promotion d'activité physique »

Commentaire libre :

(Précision que vous jugez nécessaire d'apporter à l'enquêteur : formation, expérience non détaillée...)

Annexe 2 : Questionnaire de fin de formation des DAM le 26/09/2022

Sur l'ensemble de la journée, quel est votre niveau de satisfaction ?

0

10



0 : totalement insatisfait ; 10 : parfaitement satisfait

Quels sont les 3 points clés que vous retenir de cette journée ?

Définissez 3 points positifs sur cette formation :

Quels éléments auraient pu être abordés selon vous ?

Où situez-vous votre niveau de compétence sur la promotion de l'activité physique après cette journée de formation ?

0

10



0 : pas du tout compétent ; 10 : parfaitement compétent

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Cette formation a répondu à mes attentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le format de la journée était adapté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens plus compétent pour aborder la prescription d'activité physique auprès des médecins généralistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Recommanderiez-vous cette formation à un(e) autre DAM que vous connaissez ?

Oui

Non

Pourquoi ?

Seriez-vous d'accord pour accueillir une interne de médecine générale sur des visites auprès des médecins généralistes ?

Oui

Non

Si Non, merci de vous rapprocher de l'enquêteur afin d'être identifié.

Commentaire libre :

Annexe 3 : Questionnaire de Ricci et Gagnon

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

Annexe 4 : Questionnaire de fin de campagne

Ce questionnaire a pour but de recueillir vos remarques concernant la campagne de promotion de l'activité physique qui vient de se dérouler. Les données recueillies seront uniquement analysées par moi-même dans le cadre de mon travail de thèse de médecine générale. Elles seront supprimées une fois ce travail réalisé. Une présentation sera fait aux services "DAM" et "Prévention" de la CPAM 44, mais uniquement de façon globale, sans précision d'ordre géographique.

En fonction des résultats et/ou de votre lieu d'activité, un entretien téléphonique sera envisagé avec votre accord pour développer certains aspects.

Temps estimé de rédaction : 10 à 15 minutes, date maximale de transmission le vendredi 13 janvier 2023.

N'hésitez pas à me contacter pour toute question complémentaire en lien avec le questionnaire.

Merci pour vos réponses.

1/Quel est votre territoire visité ?

2/Existe-t-il une maison sport-santé sur votre territoire ?

OUI

NON

Si oui, laquelle ?

3/Concernant votre aisance pour parler d'activité physique :

- Au début de la campagne, vous sentiez-vous à l'aise ?
- Au fur et à mesure de la campagne quelle a été votre évolution ?
 - De plus en plus à l'aise
 - Stable
 - De moins en moins à l'aise

4/En moyenne, combien de temps duraient les entretiens ?

5/Combien de temps était consacré à la promotion de l'activité physique ?

6/A quel moment de l'entretien abordiez-vous l'activité physique ?

7/ Selon vous, est-il important que les thèmes abordés sur le même temps que l'activité physique aient un rapport direct ou indirect entre eux ? (ex : l'activité physique fait parti des règles hygiéno-diététiques de la prise en charge des patients atteints d'HTA)

8/ Avez-vous expérimenté différentes techniques pour aborder le thème de la promotion de l'activité physique ?

OUI NON Si oui, citez des exemples

9/ Quelles phrases d'accroche fonctionnaient le mieux durant vos entretiens ?

10/ Avez-vous utilisé :

- Des documents papiers ? OUI NON Si oui, lesquels ?
- Des supports numériques ? OUI NON Si oui, lesquels ?
Si oui : à quelle fréquence ? (Rarement Parfois Souvent Toujours) ; de quel moyen ?

11/ A votre avis, quelle proportion de médecins généralistes étaient intéressés par ce sujet ? (En pourcentage)

12/ Interrogiez-vous les médecins généralistes sur leurs pratiques avec leurs patients concernant l'activité physique ? OUI NON

Si OUI :

Parmi les médecins dialoguant avec leurs patients sur l'activité physique :

- Comment l'abordaient-ils avec leurs patients ?
- Pour quels patients ? Tous ou population ciblée (surpoids/ALD/enfants et adolescents/patients âgés...)
- Arrivait-il aux médecins de réaliser une prescription ? OUI NON SI oui, Sous quelle forme

13/ Quelle proportion de médecins connaissaient :

- Des partenaires « sport-santé » ? Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
- Le réseau « on y va » ? Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

14/ Comment a été perçue la présentation du dispositif « on y va » par les médecins généralistes ?

Pas satisfait du tout → Complètement satisfait

15/ Les médecins généralistes évoquaient-ils des freins à la promotion de l'activité physique dans sa globalité ? Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Quels étaient-ils ? (3 exemples demandés)

16/ Les médecins généralistes évoquaient-ils des freins au dispositif « on y va » ? Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Quels étaient-ils ? (3 exemples demandés)

17/ Les médecins généralistes évoquaient-ils des freins relatifs à la prescription d'activité physique ?

Quels étaient-ils ? (3 exemples demandés)

18/Suite à votre échange, pensez-vous que cela a débloqué des freins sur la prescription d'activité physique ? Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Sur quels aspects ?

19/Avez-vous eu des difficultés de communication avec certains médecins sur leurs remarques ? Si oui, lesquelles ? (pas d'argument pour contrer)

20/ Les médecins étaient-ils demandeurs de support :

- pour eux ? OUI NON Si oui, lesquels ?
- pour leurs patients ? OUI NON Si oui, lesquels ?

21/ Quelles étaient les perspectives en fin d'entretien exposées par les médecins généralistes ? (3 exemples)

22/ Concernant cette campagne, diriez-vous que :

- Cela a amélioré ma relation avec les médecins généralistes
- Cela n'a pas modifié ma relation avec les médecins généralistes
- Cela a dégradé ma relation avec les médecins généralistes

23/ Pensez-vous, à posteriori, que vous manquiez d'information sur un(des) sujet(s) ?

OUI NON Si oui, le(s)quel(s) ?

24/ Pour vous, concernant cette campagne, quels seraient : (3 exemples au moins si possible)

Les avantages	Les inconvénients

25/ Avez-vous d'autres remarques ?

Merci de votre participation !

**Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur
Cédric RAT, PU-MG**

**Vu, le Directeur de Thèse, le
Docteur Pierre CAILLAULT**

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse :

Promotion de l'activité physique auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique par les délégués de l'assurance maladie

RESUME

Introduction : Les bienfaits de l'activité physique sont bien connus et identifiés. L'industrialisation des 50 dernières années dans notre pays a entraîné une augmentation de la sédentarisation, conséquence d'une mécanisation de modes de vie. Cela contribue à l'augmentation des pathologies chroniques et donc des dépenses de santé.

La place du médecin généraliste pour promouvoir l'activité physique est importante à tous les stades de prévention, mais ils se heurtent à des freins multiples. Le dispositif "On y va" en Pays de Loire est un outil d'aide pour les patients et les médecins à la prescription et référence les activités disponibles sur le territoire pour les malades chroniques.

L'objectif de cette étude est de réaliser une campagne de promotion de l'activité physique auprès des médecins généralistes de Loire Atlantique par les délégués de l'assurance maladie (DAM).

Méthodes : Cette étude mixte quantitative et qualitative a étudié l'acceptabilité et la faisabilité de la campagne de promotion d'activité physique que les DAM ont réalisée.

Résultats : La formation a été co-créée entre le dispositif "On y va" et les responsables de DAM. Elle a répondu à un besoin et a satisfait les DAM. La campagne a été bien reçue par les médecins généralistes, qui connaissaient très peu les partenaires « sport-santé » de leur secteur et a permis d'apporter des outils simples en consultation. Des freins ont été identifiés, mais améliorés par les entretiens des DAM. Cette campagne a eu un impact positif sur la relation des DAM avec les médecins.

Discussion : Cette étude valide l'acceptabilité et la faisabilité de cette campagne de promotion d'activité physique, même si le peu d'offres d'activité physique encadrée disponibles sur les territoires de Sport-santé reste limitant. L'évaluation des pratiques des médecins généralistes à distance de la campagne semble nécessaire pour mieux comprendre les impacts de cette campagne.

MOTS-CLES

Activité physique, Activité physique adaptée, Promotion de la santé, Prévention, Prescription, Sport sur ordonnance, Thérapeutiques non médicamenteuses, Médecine Générale