

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE  
UFR DE MEDECINE D'AMIENS**

**ANNEE 2020**

**N°2020 - 191**

**QUELS SONT LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES D'UN RESEAU  
AFIN DE LES AIDER DANS LA PRESCRIPTION D'ACTIVITES PHYSIQUES  
ADAPTEES ?**

**THESE  
Pour l'obtention du DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
Spécialité : Médecine Générale**

**Présentée et soutenue publiquement  
Le 13 Novembre 2020**

**Par Monsieur Charles-Antoine LACHARME**

**COMPOSITION DU JURY**

**Président :**

Monsieur le Professeur Vincent GOEB

**Membres :**

Monsieur le Professeur Éric HAVET

Monsieur le Professeur Cyril PAGE

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

**Directeur de thèse :**

Monsieur le Docteur Florent KRIM



## **Remerciements :**

### **A Monsieur le Professeur Vincent GOEB**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Chef du service de Rhumatologie  
(Rhumatologie)  
Chef du Pôle Autonomie

*Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.  
Soyez assuré de ma reconnaissance.*

**A Monsieur le Professeur Eric HAVET**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
Anatomie – Chirurgie orthopédique  
Assesseur du Premier Cycle

*Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.  
Vous qui avez été d'un grand soutien dans les moments les plus durs de mes études,  
je ne l'oublierai jamais.  
Soyez assuré de ma gratitude et de ma plus grande estime.*

**A Monsieur le Professeur Cyril PAGE**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
(Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie de la face et du cou)  
Chef du Pôle des 5 Sens  
Chef du Service d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

*Vous avez accepté d'estimer ce travail.  
Recevez ici l'expression de mon profond respect.*

**A Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH**  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Chef du service de Gériatrie  
(Gériatrie)

*Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le juger.  
Veuillez recevoir l'expression de ma haute considération.*

**A Monsieur le Docteur Florent KRIM**

Praticien hospitalier

Médecin du sport.

Chef de service de réadaptation cardio-vasculaire du centre hospitalier de Corbie.

*Merci de m'avoir accompagné, guidé et épaulé dans ce travail de thèse.*

*Merci pour ton temps et ta patience.*

*Soit assuré de ma sincère reconnaissance.*

## **Remerciements personnels :**

A Orianne, mon amour, pour ton soutien, ton calme quand je perdais le mien, pour avoir géré notre futur pendant que je gérais cette thèse. J'espère vivre encore de nombreuses années à tes côtés. Je t'aime.

A mes parents, qui m'ont soutenu pendant ces trop longues années d'études, qui ont fait de moi ce que je suis, qui ont cru en moi quand personne d'autre n'aurait pu le faire. Je vous aime.

A ma sœur, qui a traversé toutes ces épreuves à mes côtés et qui m'a coiffé au poteau pour la thèse. Je suis fier du parcours que nous avons accompli. Si nos parents nous ont forgés, tu m'as poli pour faire de moi ce que je suis. Je t'aime.

A mes grands-parents, encore avec nous ou déjà partis, merci pour tous vos moments de sagesse, les phrases que je n'oublierai jamais et toute la chaleur humaine que vous m'avez apporté. Je vous aime.

A mon parrain, pour ta joie et ta bonne humeur que je ressens en moi et qui m'a souvent permis de tenir bon. Je t'aime.

A ma belle-famille, pour m'avoir accepté et pour votre gentillesse.

A mes amis que je ne citerai pas pour être sûr de ne pas en oublier, qui ont toujours été là, pour le meilleur et surtout pour le pire, pour le travail et surtout pour la fête. Le chemin fut long, mais bien accompagné il est passé à toute vitesse. C'est aussi grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui. J'espère que l'on aura encore beaucoup de route à faire ensemble.

Au club de karaté de la gendarmerie, qui m'a permis de m'épanouir en tant que professeur.

A la Box de CrossFit et à tous mes coachs, qui m'ont permis de me défouler. Et qui eux aussi croient en la cause perdue que je peux passer de mon gabarit de crevette à celle d'un homard.

Au service des Urgences d'Abbeville et à toute son équipe médicale et paramédicale, qui m'ont dégagé du temps pour réaliser ce travail, et qui étaient toujours là pour me chamberer, très certainement afin de me motiver.

A l'URPS haut-de-France pour leur soutien logistique.

## Table des matières

<b>I. Introduction :</b>	<b>12</b>
<b>II. Matériel et méthode :</b>	<b>20</b>
A) Objectif de recherche :	20
B) Matériel :	20
C) Méthode :	21
<b>III. Résultats :</b>	<b>23</b>
A) Caractéristiques des médecins répondants :	23
B) État des lieux de la prescription d'activité physique adaptée :	24
C) Modalités d'adressage au réseau sport-santé bien-être :	32
D) Le bilan médico-sportif initial et final du réseau sport-santé bien-être :	37
E) Influence du cadre de l'exercice, type d'activité et de l'ancienneté :	39
<b>IV. Discussion :</b>	<b>40</b>
A) Forces et biais de l'étude :	40
B) État des lieux de la prescription d'activité physique adaptée :	41
C) Un besoin d'aide à la prescription d'AP ressenti par les médecins généralistes :	43
D) Des médecins en demande de formation :	43
E) Modalité d'adressage au réseau sport-santé bien-être :	44
F) Les bilans médico-sportifs d'un réseau sport-santé bien-être :	46
<b>V. Conclusion :</b>	<b>49</b>
<b>Bibliographie :</b>	<b>51</b>
Annexe 1 : Tableaux des phénotypes fonctionnels, instruction interministérielle.	55
Annexe 2 : Domaines d'intervention préférentiels des différents métiers, instruction interministérielle.	56
Annexe 3 : Ordonnance d'activité physique adaptée.	57
Annexe 4 : Questionnaire	58
<b>Résumé :</b>	<b>61</b>



## **Abréviations :**

**AP** : Activité Physique.

**APA** : Activité Physique Adaptée.

**APS** : Activité Physique et Sportive.

**ALD** : Affection Longue Durée.

**E-APA** : Enseignant en Activité Physique Adaptée.

**HAS** : Haute Autorité de Santé.

**IRBMS** : Institut de Recherche du Bien-être, de la Médecine et du Sport-santé.

**PNNS** : Plan National Nutrition Santé.

**RSSBE** : Réseau Sport Santé Bien-Être.

## **I. Introduction :**

Les bienfaits de l'activité physique ont fait l'objet de nombreuses études, ils ont été bien démontrés que ce soit en prévention primaire à tous les âges de la vie comme le rappelle l'expertise collective de l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire) publiée en 2016 (1). L'activité physique a également fait la preuve de son efficacité en prévention secondaire. La méta-analyse de Naci et Loannidis (2) a montré une efficacité des interventions basées sur l'exercice physique sur la mortalité. De même l'expertise collective de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) (3) de 2019 met en avant les nombreux bénéfices de l'activité physique dans la prévention et le traitement des maladies chroniques.

L'OMS (Organisation mondiale de la santé) (4) dans ses recommandations mondiales d'activité physique pour la santé, définit l'inactivité physique par un niveau d'activité physique inférieur au seuil recommandé, qui se situe pour un adulte entre 18 et 64 ans à : « 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue, par semaine. », d'autres recommandations sont détaillées pour d'autres tranches d'âges.

Depuis 2002, en France, La recommandation du ministère de la santé, dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) (5) est de pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour au minimum 5 fois par semaine pour les adultes.

L'OMS (4) donne également une définition de la sédentarité comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible en position assise ou allongée correspondant à moins de 1,6 MET. Le MET (Metabolic Equivalent of Task ou équivalent métabolique) est défini comme le rapport de la dépense énergétique liée à l'activité physique sur le métabolisme de base. 1 MET correspond au niveau de dépense énergétique du repos (6) et à une consommation d'O<sub>2</sub> de 3,5 ml/min/kg. Toujours selon l'OMS la sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial.

Les recommandations de l'ANSES (1) concernant la sédentarité sont de réduire le temps total quotidien passé en position assise et d'interrompre les périodes prolongées passées en positions assise ou allongée, au moins toutes les 90 à 120 minutes par une activité physique de type marche de quelques minutes. Toujours selon l'OMS l'inactivité et la sédentarité sont considérées comme le principal facteur de mortalité évitable dans le monde (4).

Malgré ce constat et ces recommandations, la pratique d'une activité physique régulière reste insuffisante dans la population. Dans l'étude ESTEBAN de l'agence nationale de santé publique, réalisée en 2015 (7) chez des adultes de 18 à 74 ans il a été relevé que seulement 53% des

femmes et 70% des hommes atteignaient les recommandations de l’OMS en matière d’activité physique. Mais de manière plus préoccupante, selon l’étude INCA3 (Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3) (8) en 2017 plus de 80% des adultes passent plus de 3h par jour dans une activité avec une dépense énergétique inférieure à 1,6 MET et sont donc considérés comme sédentaire. Cette étude retrouve qu’environ un tiers de la population des enfants et des adultes a un comportement associant à la fois l’inactivité physique et la sédentarité.

En 2008, dans le Plan national de prévention par les activités physiques ou sportives (9) le Pr Toussaint proposait des actions de promotion des activités physiques et sportives (APS) chez l’enfant, l’adolescent et l’adulte. Il recommandait le développement d’activité physique adaptée (APA) aux personnes atteintes de maladies chroniques, de maladies rares ou de handicap, et la création de projets « sport-santé ». C’est dans ce contexte que la Haute autorité de santé (HAS) (10) a reconnu depuis 2011 le bénéfice pour les patients atteints de maladies chroniques de la prescription d’activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse.

En 2016 dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé mis en place par le ministère des solidarités et de la santé et afin d’inciter la prescription d’activité physique à visée thérapeutique par les médecins généralistes, le législateur a inscrit cette possibilité dans la loi. Ainsi l’article 144 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (11) de modernisation du système de santé introduit la possibilité, pour le médecin traitant, dans le cadre du parcours de soin des patients atteints d’affections de longue durée (ALD), de prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et aux risques médicaux du patient. Le dispositif est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2017, et l’instruction du 3 mars 2017 (12) adressée aux agences régionales de santé (ARS) et aux Directions régionales de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale (DRJSCS) vient compléter le décret, en vue du déploiement sur le territoire national de cette mesure. Elle définit les conditions de dispensation de l’APA prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d’une ALD. Pour cela elle propose une classification de ces patients en phénotypes fonctionnels en fonction du degré de limitation (Annexe 1), définit les domaines d’intervention préférentiels des différents métiers de l’activité physique et liste les compétences requises (Annexe 2). Enfin elle propose un formulaire spécifique de prescription de l’APA (Annexe 3).

Comme le rappelle la Société française des professionnels en activités physiques adaptées (SFP-APA) (13) la première licence en APA fut créée en 1982 dans le cadre d'enseignements sur les déficiences intellectuelles. En 1992 le sigle et concept d'APA sont officiellement reconnus par le ministère de l'enseignement supérieur en France. En 2007 le sigle APA devient APA-S (Activité physique adaptée et santé) afin de ne pas limiter leur champ de compétence aux seuls patients atteints de handicap. Aujourd'hui, les enseignants en APA (E-APA) sont titulaires d'un diplôme à finalité professionnelle : la licence « activité physique adaptée et santé » dont les prérogatives sont l'« encadrement des activités physiques ou sportives à destination de différents publics dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique » (14). Actuellement le terme d'APA regroupe l'ensemble des APS pratiquées à des fins de prévention secondaire ou tertiaire, de réhabilitation, de post-réhabilitation, de rééducation, d'éducation ou d'insertion sociale auprès de personnes en situation de handicap et/ou vieillissantes (15). Les programmes d'APA, font appel pour leur conception, leur organisation et leur supervision à des professionnels de l'APA ou à des professionnels de santé. Ces programmes concernent des publics fragiles qui ne sont pas encore autonomes dans la gestion de leur pathologie et/ou qui sont très éloignés des pratiques physiques.

Concernant le point de vue des médecins au sujet de la prescription d'activité physique pour la santé, en 2015, l'entreprise d'assurance Swiss-Life a publié une étude menée avec l'IFOP (Institut français d'opinion publique) (16), réalisée auprès de 603 médecins généralistes français, qui montrait que 82% des médecins généralistes considéraient comme une bonne idée de pouvoir prescrire une APA à un patient atteint d'une ALD. En parallèle un sondage TNS Sofres pour la MAIF réalisé en 2015 montrait que 96% des français pensaient que le « sport sur ordonnance » était une bonne idée (17).

En dépit du développement et de la reconnaissance de l'activité physique pour la santé, de l'évolution législative, et de l'opinion favorable de la population et des médecins généralistes, l'étude de la littérature retrouve un certain nombre de freins à la prescription d'activité physique. Dans la thèse de Vonarx en 2017 (18) interrogeant des médecins d'Arras, les principaux freins exprimés par les médecins étaient le manque de temps en consultation et le manque de motivation de la part du médecin, confronté à des antécédents d'échec à cette prescription. Dans une autre enquête réalisée par Gérin et al. (19) le manque de temps en consultation était également le principal obstacle à la prescription d'activité physique.

Selon Walsh et al. (20) deux tiers des médecins interrogés estimaient leurs connaissances inadaptées pour conseiller de l'activité physique à leurs patients.

Une revue systématique sur le conseil d'activité physique réalisée en 2011 (21) incluant 19 études menées aux États-Unis, au Canada, en Europe et en Australie, retrouvait également comme freins : le manque de temps, le manque de motivation des médecins secondaire à des échecs antérieurs et le manque de connaissances sur l'activité physique.

Dans la thèse de Vornarx (18) les freins spécifiques à une prescription de sport sur ordonnance étaient le manque de sensibilisation à la médecine du sport, le besoin de formation à la prescription et le manque d'information sur les dispositifs et les structures à disposition.

Dans la thèse de Pellegrin (22) interrogeant 291 médecins généralistes dans la zone de Lens-Hénin, il a été retrouvé que les médecins généralistes éprouvaient généralement des difficultés à faire la promotion de l'APA auprès de leurs patients. Dans cette même thèse la moitié des médecins généralistes interrogés estimaient que la responsabilité de la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique pour la santé devraient être partagées de façon égale entre les médecins et les pouvoirs publics. Enfin dans la thèse qualitative de Perwez (23) les freins décrits étaient liés au patient, au médecin lui-même ou à la société. Concernant les patients, les médecins décrivaient le manque de motivation et le faible niveau socio-éducatif. Les freins liés aux médecins étaient le manque de temps en consultation, la méconnaissance du dispositif de prescription sur ordonnance, le manque de formation et un sentiment de découragement à prescrire de l'AP ; les freins liés à la société étaient le manque d'habitude culturelle d'un mode de vie actif et l'importance donnée au traitement médicamenteux. Les médecins rappelaient la responsabilité partagée des pouvoirs publics et insistaient sur l'éducation et la responsabilisation de la population.

La question du rôle des médecins a également été soulevée dans le rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS) de mars 2018, intitulé « Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé » (24). Sur ce point les entretiens menés avec les interlocuteurs du monde de la santé trouvaient que « Les médecins sont très peu à l'aise avec l'idée d'orienter leurs patients vers des structures dont ils ne connaissent pas nécessairement l'offre et dont ils ne sont pas certains de la qualité du contenu des activités physiques et sportives qui y sont proposées », ce rapport insiste sur la nécessité d'un tiers de confiance susceptible d'apporter une crédibilité et l'assurance d'une prise en charge en toute sécurité.

Toujours selon ce rapport l'existence de structures ou de partenaires serait un levier efficace pour encourager la prescription d'APS. Ce rapport propose 18 recommandations afin de débloquent cette thématique « sport santé », parmi lesquelles :

- Définir un socle commun de compétences « sport santé » pour les intervenants non titulaires d'une certification délivrée par l'État en cas de limitation modérée.
- Créer les « maisons sport santé » à partir des réseaux de coordination existants au niveau local ou des structures de santé pluridisciplinaires.
- Établir un cahier des charges précis et partagé entre professionnels de santé et du sport à partir des diverses initiatives déjà existantes en la matière pour définir un bilan médico-sportif et motivationnel commun.

Historiquement les campagnes de promotion de l'AP pour la santé se sont développées dans les pays anglo-saxon depuis les années 70. En France cette promotion a débuté dans le premier Plan National Nutrition Santé (PNNS) de 2001, et la notion de réseau Sport-Santé apparaît dans le deuxième PNNS de 2006 sous la forme de l'expérience effFORMip (effort et FORMe en Midi-Pyrénées) (25). De 2011 à 2014, le réseau sport santé bien-être « Picardie en forme » a été mis en place et reconduit de 2014 à 2017 (26). L'objectif de ce réseau était de développer une offre de qualité et sécurisée à travers, la labélisation d'associations sportives, la formation des dirigeants et éducateurs sportifs, et le suivi des patients. Ce réseau comprenait : le médecin traitant, des spécialistes, réseaux de santé et associations d'usagers, la plateforme « Picardie en forme », des structures passerelles et des associations sportives labélisées. Aujourd'hui ce réseau a été remplacé par le réseau « Dynamiq'santé » piloté par l'OSAM (Office des Sports d'Amiens Métropole) (27). Dans le même temps différents réseaux ont vu le jour dans les différentes régions avec des parcours et des acteurs parfois différents. Nous avons pu constater par exemple que dans le parcours PrescriMouv Grand-Est (28) le parcours du patient après la réalisation d'un bilan initial devait être validé par le médecin traitant, ce qui n'était pas le cas dans le réseau Picardie en forme ou dans d'autres réseaux. De même dans le parcours du réseau Prescri'Forme d'île-de-France (29) il existait un carnet Prescri'Forme et une plateforme téléphonique et internet d'aide à la prescription d'AP. Ces différences n'étaient pas exhaustives mais montraient le manque d'harmonisation entre les différents réseaux sur le territoire.

Le parcours d'accompagnement préconisé par l'ONAPS (Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité) dans son état des lieux de 2019 (30) qui est rappelé dans la figure 1, tente d'uniformiser le parcours du patient sur tout le territoire.

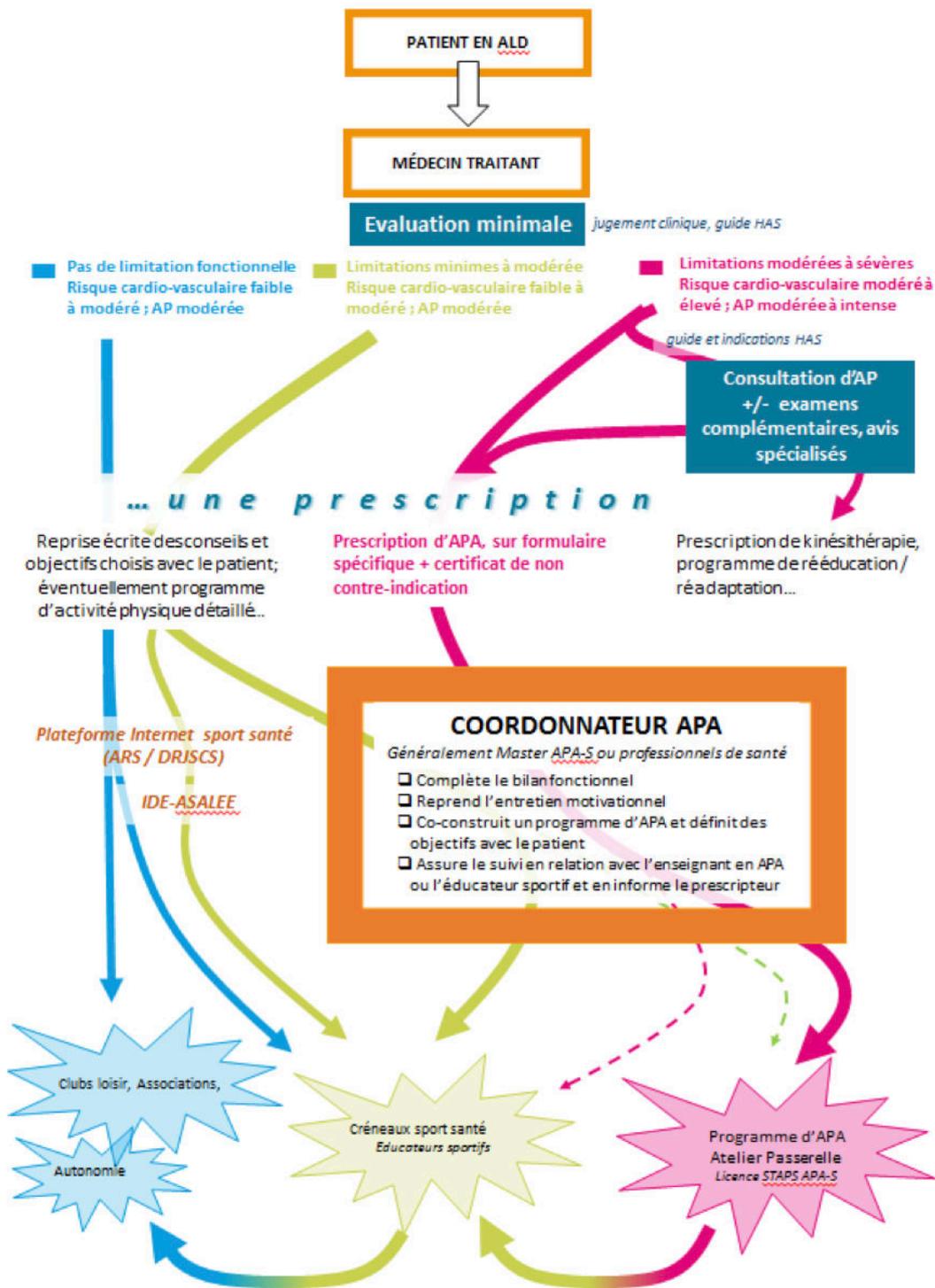


Figure 1: Le parcours d'accompagnement patient en fonction de ses limitations fonctionnelles.

Dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé, le ministère des solidarités et de la santé (31) a pour objectif la mise en place sur le territoire national de 500 maisons sport-santé à l'horizon 2022. Ces maisons ont pour but d'accueillir et d'orienter les personnes

souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé. Suite à cet appel à projet en janvier 2020 (32), 138 maisons sport-santé étaient référencées, dont 8 en région Hauts-de-France.

On peut constater que malgré les bénéfices reconnus et les différents plans nationaux prenant en compte l'activité physique en tant qu'outil de prévention et de promotion de la santé, une grande partie de la population n'accède pas réellement, ni durablement à la pratique d'activité physique, et en particulier les publics les plus vulnérables. Pourtant un français sur quatre souffre de maladie chronique et trois sur quatre après 65 ans (3). En 2017, 10,7 millions de personnes étaient en ALD, soit 17% des assurés de la sécurité sociale (33). L'expertise de l'INSERM (3) retrouve avec le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie, une augmentation des personnes atteintes d'une ou de plusieurs pathologies chroniques. En France la part des personnes âgées de plus de 60 ans passera d'un quart en 2015 à un tiers en 2040, et le nombre de personnes dépendantes pourrait ainsi passer de 1,2 million en 2012 à 2,3 millions en 2060. La lutte contre les pathologies chroniques est donc un enjeu majeur de notre système de santé et l'activité physique comme traitement non médicamenteux doit faire dorénavant partie de l'arsenal thérapeutique reconnu dans un grand nombre de ces pathologies (maladie cardio-vasculaire, pathologies métaboliques, maladie respiratoire chronique, cancer, pathologie rhumatismale, pathologie psychiatrique, etc ...). Selon les différents travaux vus précédemment les médecins généralistes semblent conscients de leur rôle central dans la prescription d'activité physique, mais de nombreux freins rendent encore cette prescription insuffisante. Des réseaux ayant pour but de faciliter la prescription d'APA et de lever certains freins à cette prescription, existent depuis plusieurs années, mais semblent sous exploités ou trop méconnus des médecins pour qu'ils fassent l'objet d'adressage régulier de leurs patients. Les maisons sport-santé qui voient le jour, vont devoir relever le défi de convaincre les médecins de leur confier leurs patients et d'agrèger autour d'elles l'offre d'activité physique pour la santé qu'elles soient associatives, fédérales, ou privées afin de réaliser ce besoin de réseau.

C'est dans ce cadre que nous avons tenté de répondre aux questions suivantes :

- Quelle est l'expérience et le point de vue des médecins généralistes des hauts de France concernant l'activité physique pour la santé ?

- Quelles sont les attentes des médecins généralistes des Hauts-de-France pour les aider dans la prescription d'activité physique ?
- Quel est le meilleur modèle de réseau selon eux et comment voient-ils leur implication dans cette prise en charge qui pour le moment fait défaut ?

## **II. Matériel et méthode :**

Afin de répondre au mieux à notre objectif nous avons décidé de mener une étude prospective de type quantitative à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes de la région Hauts-de-France.

### **A) Objectif de recherche :**

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les attentes des médecins généralistes des Hauts-de-France d'un réseau, afin de les aider dans la prescription d'activités physiques adaptées.

L'objectif secondaire de l'étude était d'évaluer l'expérience et le ressenti des médecins vis-à-vis de la prescription d'activité physique.

### **B) Matériel :**

- Population étudiée :

Afin de sélectionner notre population les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste libéral en activité dans la région Hauts-de-France, et d'avoir une adresse postale répertoriée dans la base de données de L'Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux Hauts-de-France (URPS).

Les critères de non-inclusion étaient de ne pas être médecin généraliste libéral, de travailler hors de la région Hauts-de-France et de ne pas avoir d'adresse postale répertoriée à l'URPS.

- Le questionnaire :

Le questionnaire (Annexe 4) a été élaboré à l'aide des données recueillies lors des recherches bibliographiques et afin de répondre au mieux à la question de recherche.

Il a été élaboré en collaboration avec le directeur de thèse et le comité de suivi et d'accompagnement de thèse de l'URPS Hauts-de-France.

Il se divisait en 4 parties :

- État des lieux sur la prescription d'activité physique adaptée.
- Modalités d'adressage au réseau sport santé bien-être.
- Bilan médico-sportif initial, intermédiaire et final du réseau sport santé bien-être.
- Évaluation de votre type d'activité.

Le questionnaire papier se présentait sous la forme de deux feuilles recto-verso et était accompagné d'un lien permettant de répondre au même questionnaire en ligne (<https://fr.surveymonkey.com/r/reseausportsanteHDF>) de manière anonyme à travers la plateforme sécurisée SurveyMonkey®.

Lors de son élaboration le questionnaire a été testé auprès de 3 médecins généralistes, afin d'évaluer la bonne compréhension des questions et la durée de réalisation du questionnaire qui devait être inférieur à 5 minutes. Les résultats obtenus n'ont pas été pris en compte.

### **C) Méthode :**

- Prise de contact avec la population étudiée :

Le questionnaire a été envoyé par courrier postal accompagné d'une lettre d'information sur le travail réalisé et d'une enveloppe de retour à un panel de 508 médecins généralistes des Hauts-de-France sélectionné de manière randomisée à partir du répertoire des médecins généralistes libéraux de l'URPS Hauts-de-France.

L'envoi a été réalisé par l'URPS Hauts-de-France le 06 juillet 2020, la clôture des retours a été effective le 25 septembre 2020.

- Analyse statistique :

Les questionnaires papiers ont été récupérés à l'URPS de Lille puis remis en main propre au thésard.

Les résultats des questionnaires en ligne ont été directement récupérés sur la plateforme SurveyMonkey®.

Les données ont été collectées à l'aide du logiciel Microsoft® Excel Office.

Les statistiques ont été réalisées avec le logiciel StatView®.

### **III. Résultats :**

#### **A) Caractéristiques des médecins répondants :**

Sur les 508 questionnaires envoyés aux médecins généralistes des hauts-de-France nous avons obtenu un retour de 63 questionnaires papiers et 21 questionnaires en ligne ; soit un total de 84 répondants pour un taux de réponse de 16,5%.

Parmi les répondants 51,2% étaient des hommes et 48,8% étaient des femmes.

14,3% travaillaient en zone rurale, 41,7% en zone semi-rurale et 44% en zone urbaine.

38,1% travaillaient en cabinet de groupe de médecine générale, 35,7% en maison médicale pluridisciplinaire et 26,2% en cabinet seul.

48,8% des répondants étaient installés depuis moins de 10 ans, 16,7% depuis 10 à 20 ans et 34,5% depuis plus de 20 ans.

La moyenne d'âge était de 44,7 ans, avec un écart type de 12,7 ans.

## **B) État des lieux de la prescription d'activité physique adaptée :**

**« Question 1 : Connaissez-vous les indications de prescription de l'activité physique dans la pathologie chronique ? »**

1/84 représentant 1,2% avait répondu « oui parfaitement ».

17/84 représentant 20,2% avaient répondu « plutôt bien ».

36/84 représentant 42,9% avaient répondu « un peu ».

30/84 représentant 35,7% avaient répondu « non pas du tout ».

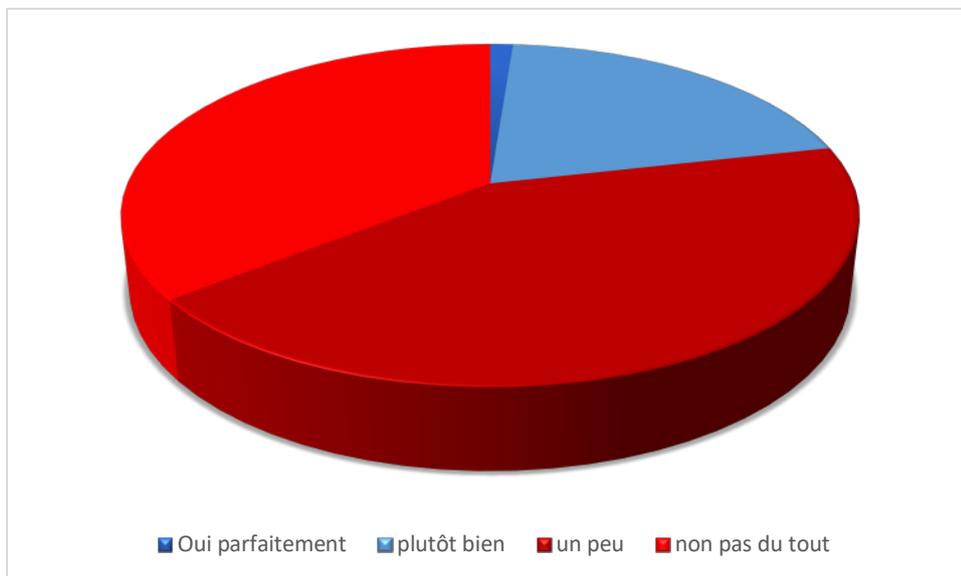


Figure 2 Résultats question n°1

**« Question 2 : Connaissez-vous les modalités de prescription de l'activité physique dans la pathologie chronique »**

0/84 avait répondu « oui parfaitement ».

9/84 représentant 10,7% avaient répondu « plutôt bien ».

22/84 représentant 26,2% avaient répondu « un peu ».

53/84 représentant 63,1% avaient répondu « non pas du tout ».

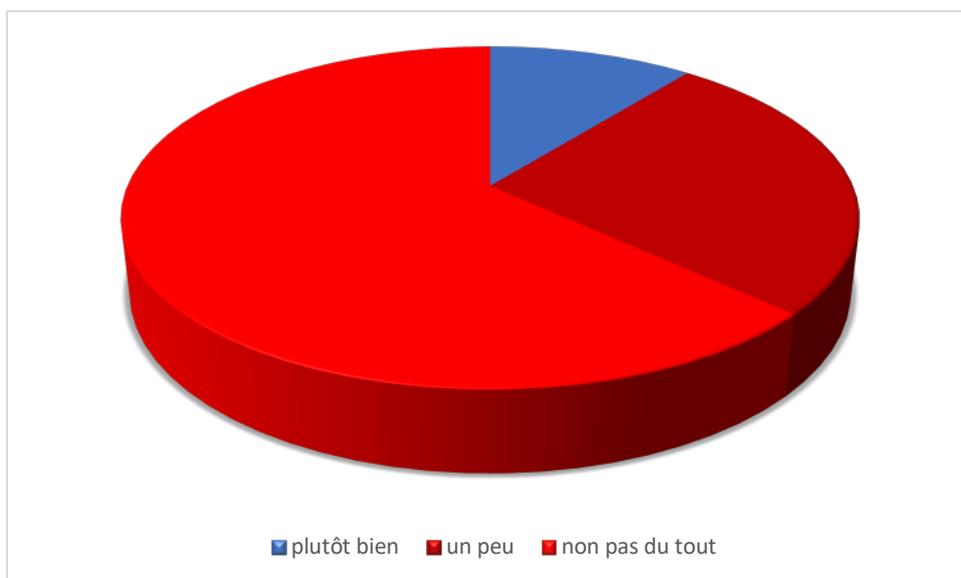
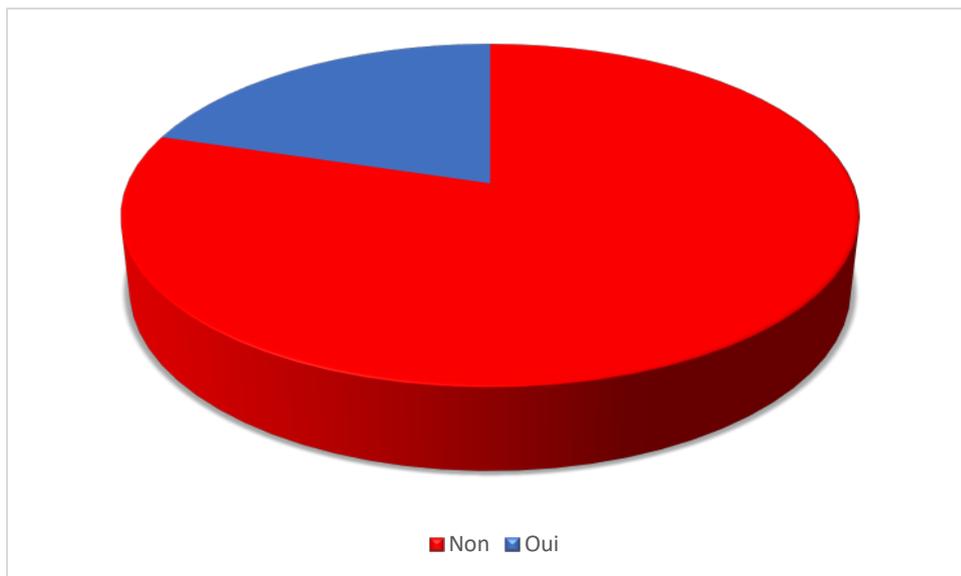


Figure 3 Résultats question n°2

**« Question 3 : Avez-vous connaissance de réseau sport-santé bien-être autour de votre lieu d'exercice ? »**

17/84 représentant 20,2% avaient répondu « oui ».

67/84 représentant 79,8% avaient répondu « non ».



*Figure 4 Résultats question n°3*

**« Question 4 : Connaissez-vous le parcours du patient au sein d'un réseau sport-santé bien-être ? »**

1/84 représentant 1,2% avait répondu « Oui parfaitement ».

4/84 représentant 4,8% avaient répondu « Plutôt bien ».

14/84 représentant 16,7% avaient répondu « Un peu ».

65/84 représentant 77,4% avaient répondu « Non pas du tout ».

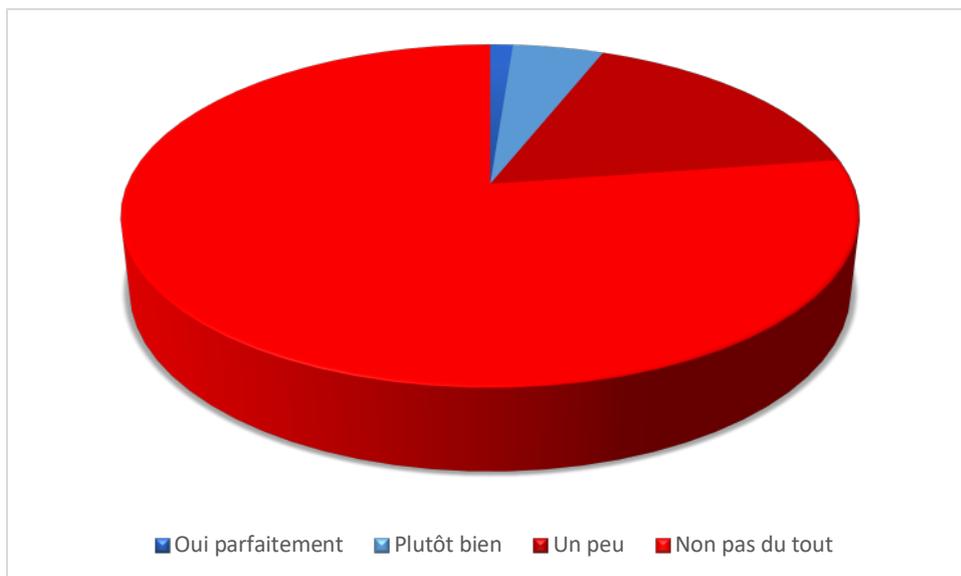
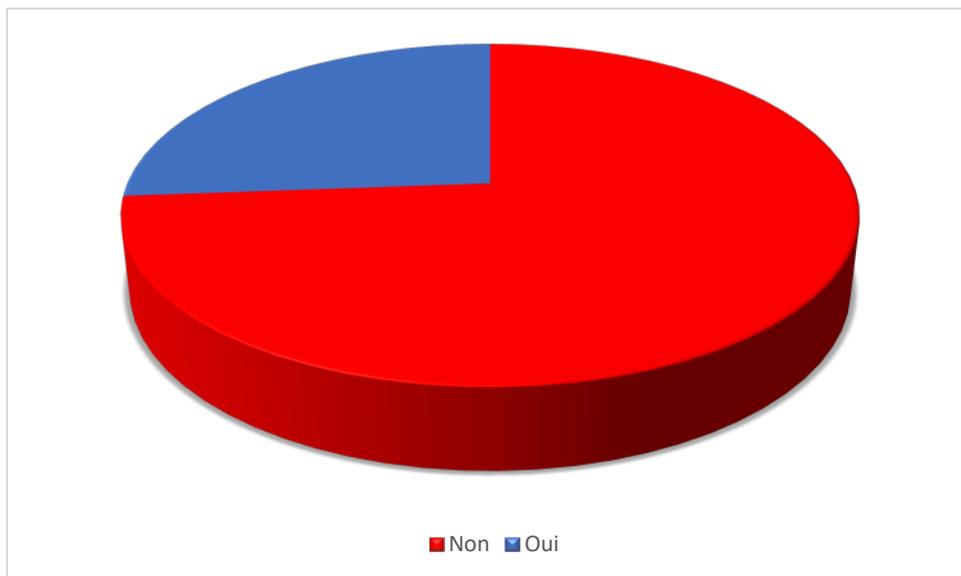


Figure 5 Résultats question n°4

**« Question 5 : Avez-vous connaissance d'associations, et/ou de clubs, accueillant des patients porteurs de maladie chronique autour de votre lieu d'exercice ? »**

22/84 représentant 26,2% avaient répondu « Oui ».

62/84 représentant 73,8% avaient répondu « Non ».



*Figure 6 Résultats question n°5*

**« Question 6 : Avez-vous déjà prescrit une activité physique adaptée pour un patient dans le cadre d'une ALD, d'une pathologie chronique ou en prévention primaire ? »**

25/84 représentant 29,8% avaient répondu « Oui ».

58/84 représentant 69% avaient répondu « Non ».

1/84 n'avait pas répondu.

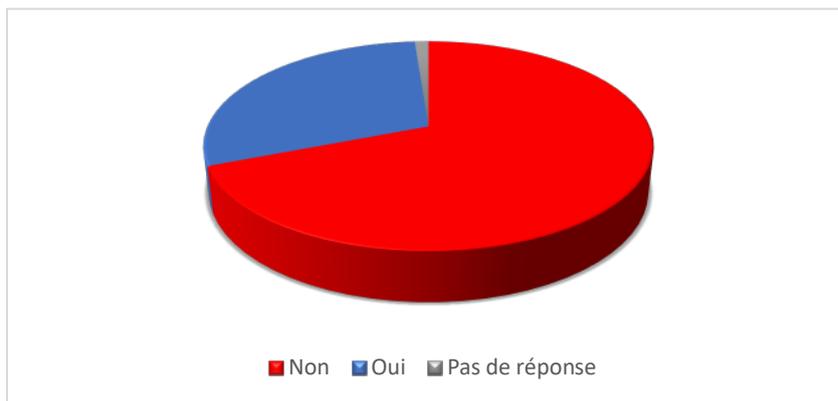


Figure 7 Résultats question n°6, 1<sup>er</sup> partie

Parmi les 25 praticiens qui avaient déjà prescrit une activité adaptée, 40% l'avaient déjà fait sans adresser à une structure particulière, 20% en adressant directement vers un club ou une association, 28% en adressant vers un réseau sport-santé bien-être et 40% en adressant vers un professionnel libéral. (Plusieurs réponses étaient possibles)

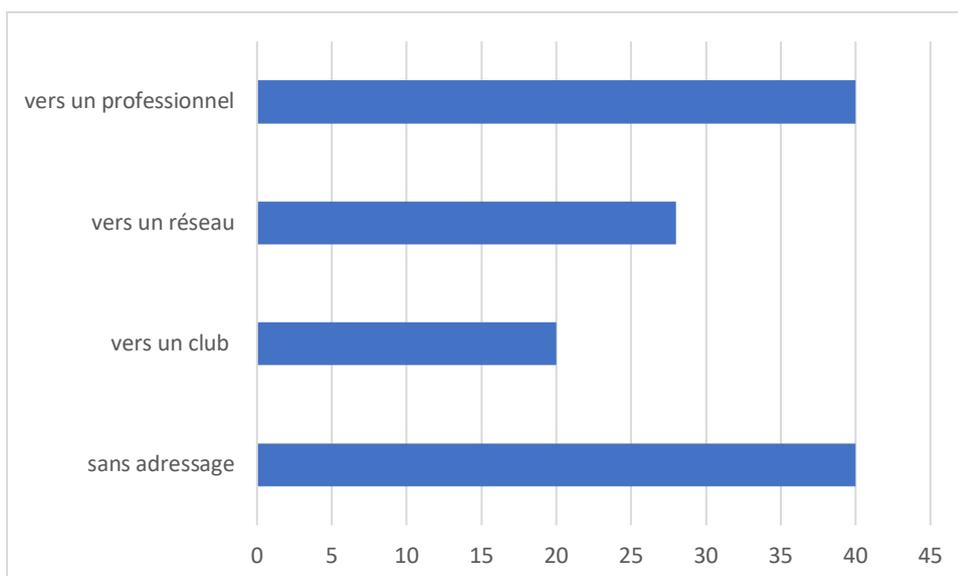


Figure 8 Résultats question n°6, 2<sup>ème</sup> partie

**« Question 7 : Pensez-vous avoir besoin d'un réseau spécifique pour incorporer l'activité physique dans la prise en charge de vos patients atteints de pathologie chronique ? »**

6/84 représentant 7,1% avaient répondu « Jamais ».

12/84 représentant 14,3% avaient répondu « Rarement ».

54/84 représentant 64,3% avaient répondu « Souvent ».

12/84 représentant 14,3% avaient répondu « Tout le temps ».

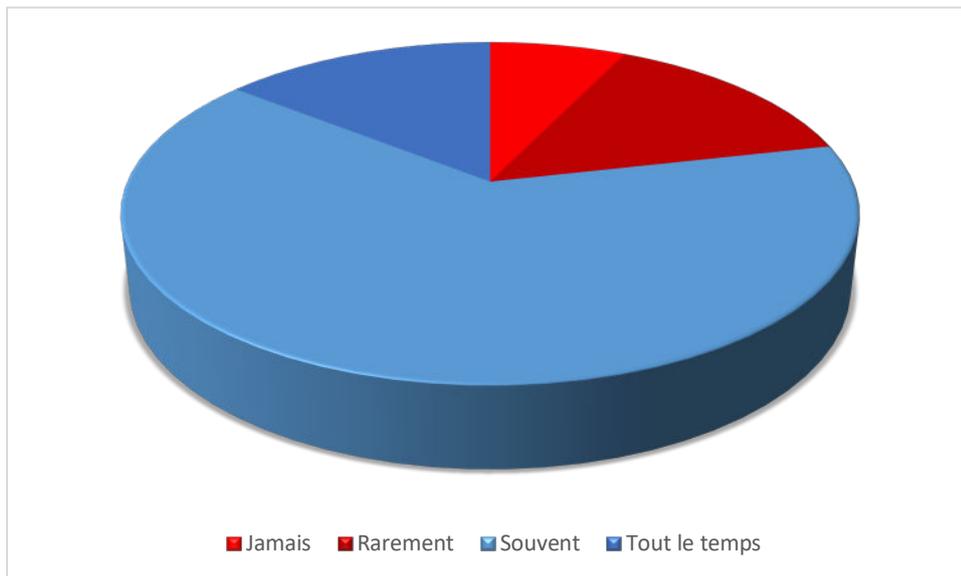


Figure 9 Résultats question n°7

**« Question 8 : souhaiteriez-vous une formation à la prescription d'activité physique adaptée ? »**

63/84 représentant 75% avaient répondu « Oui ».

20/84 représentant 23,8% avaient répondu « Non ».

1/84 n'avait pas répondu à la question.

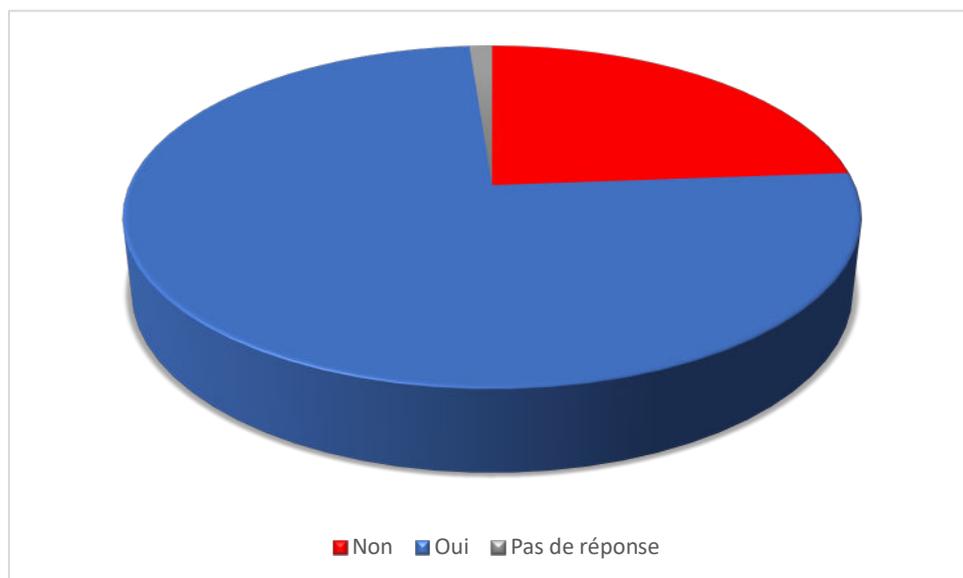


Figure 10 Résultats question n°8

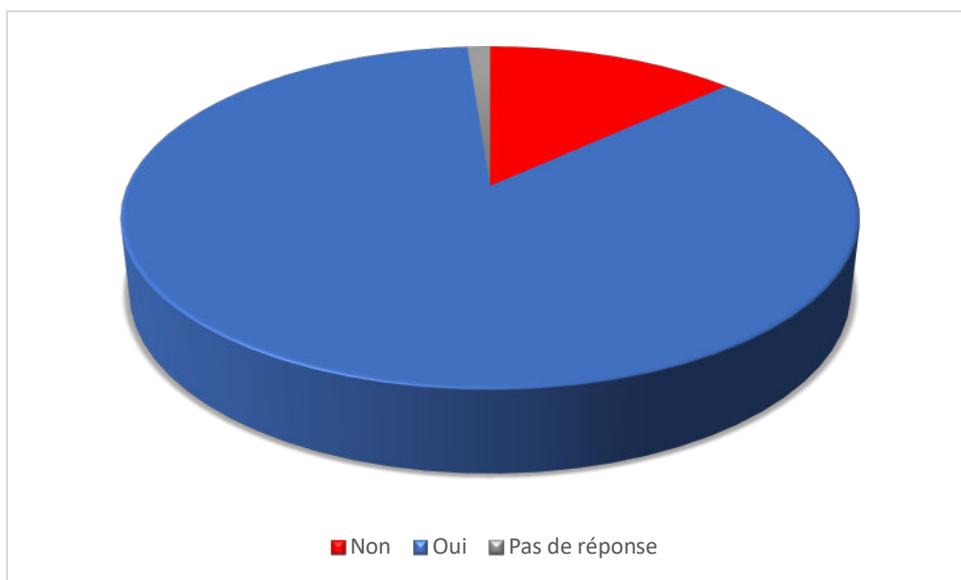
### **C) Modalités d'adressage au réseau sport-santé bien-être :**

**« Question 9 : Souhaiteriez-vous qu'il existe un bilan d'aptitude physique réalisé par un enseignant en activité physique adaptée, avant la prescription d'une activité physique ? »**

72/84 représentant 85,7% avaient répondu « Oui ».

11/84 représentant 13,1% avaient répondu « Non ».

1/84 n'avait pas répondu à la question.



*Figure 11 Résultats question n°9*

**« Question 10 : Souhaiteriez-vous une ordonnance spécifique pré-remplie pour la prescription d'activité physique dans le cadre d'un patient en ALD ? »**

65/84 représentant 77,4% avaient répondu « Oui ».

11/84 représentant 13,1% avaient répondu « Non ».

2/84 n'avaient pas répondu à la question.

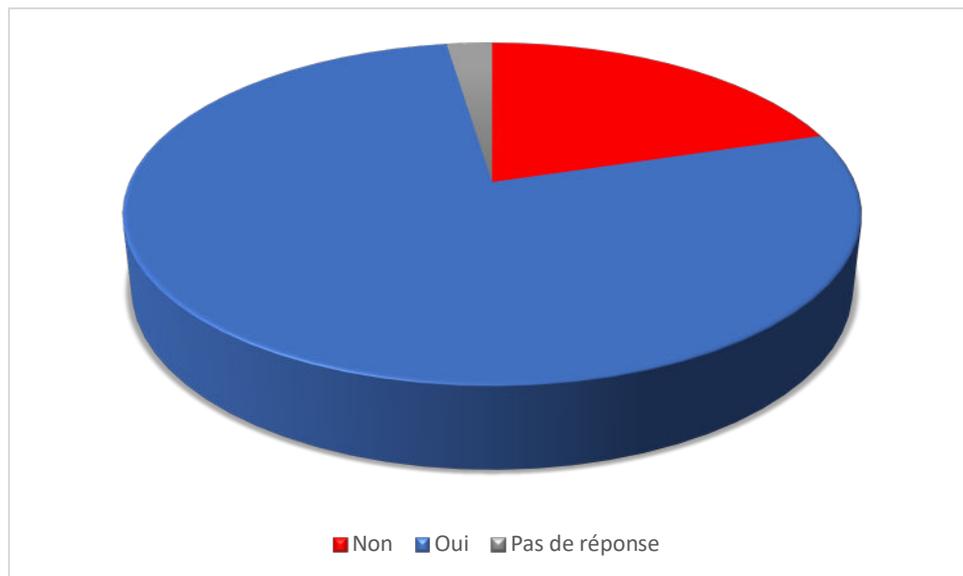


Figure 12 Résultats question n°10

**« Question 11 : Pour la pratique d'une activité physique, vers quelle structure préféreriez-vous orienter votre patient ? »**

7/84 représentant 8,3% avaient répondu « Vers une structure d'APA ».

10/84 représentant 11,9% avaient répondu « Vers un réseau sport santé bien-être ».

67/84 représentant 79,8% avaient répondu « Pouvoir faire les deux ».

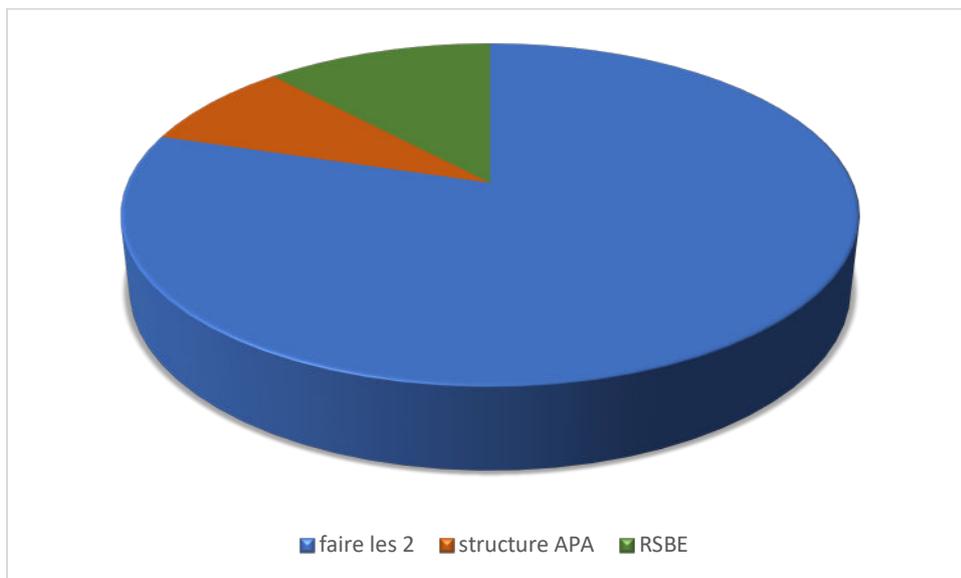


Figure 13 Résultats question n°11

**« Question 12 : A partir de votre consultation, vers qui préféreriez-vous adresser votre patient pour un bilan médico-sportif initial, afin de l'inclure dans un programme d'activité physique adaptée ? »**

Question à choix multiples.

52/84 représentant 61,9% avaient répondu « Centre du réseau sport-santé bien-être ».

42/84 représentant 50% avaient répondu « Un médecin du sport ».

31/84 représentant 36,9% avaient répondu « Un kinésithérapeute ».

31/84 représentant 36,9% avaient répondu « Un E-APA ».

27/84 représentant 32,1% avaient répondu « Un Club ou association sportive labélisé ».

10/84 représentant 11,9% avaient répondu « réaliser le bilan médico-sportif vous-même ».

7/84 représentant 8,3% avaient répondu « Un ergothérapeute ».

7/84 représentant 8,3% avaient répondu « Un psychomotricien ».

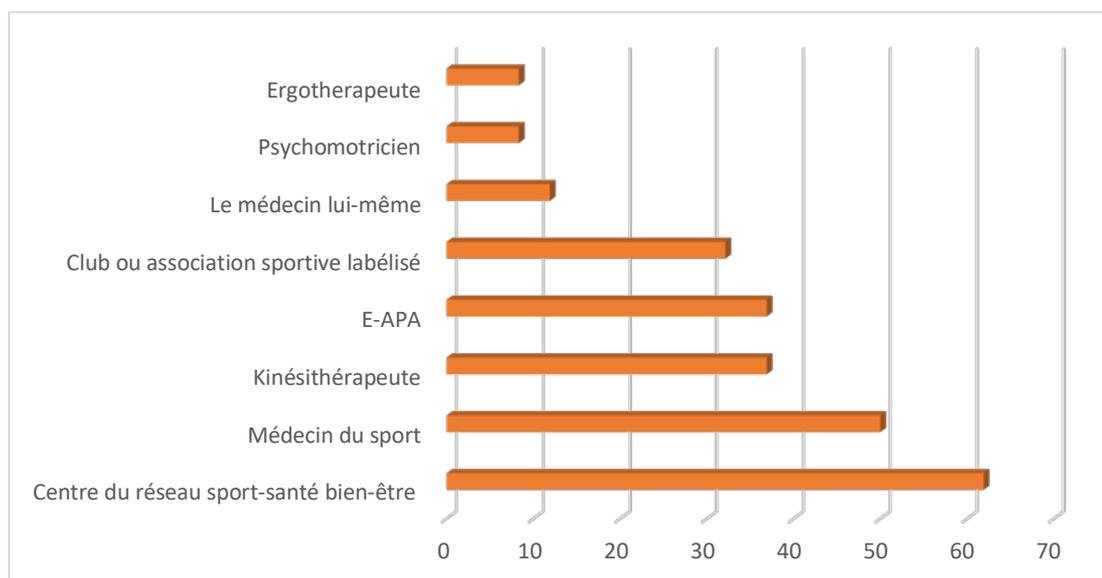


Figure 14 Résultats question n°12

**« Question 13 : Souhaiteriez-vous pouvoir orienter un patient vers un réseau sport-santé bien-être pour réaliser un entretien motivationnel ? »**

25/84 représentant 29,8% avaient répondu « Je préfère le réaliser moi-même ».

47/84 représentant 56% avaient répondu « Oui ».

12/84 représentant 14,3% avaient répondu « Non ».

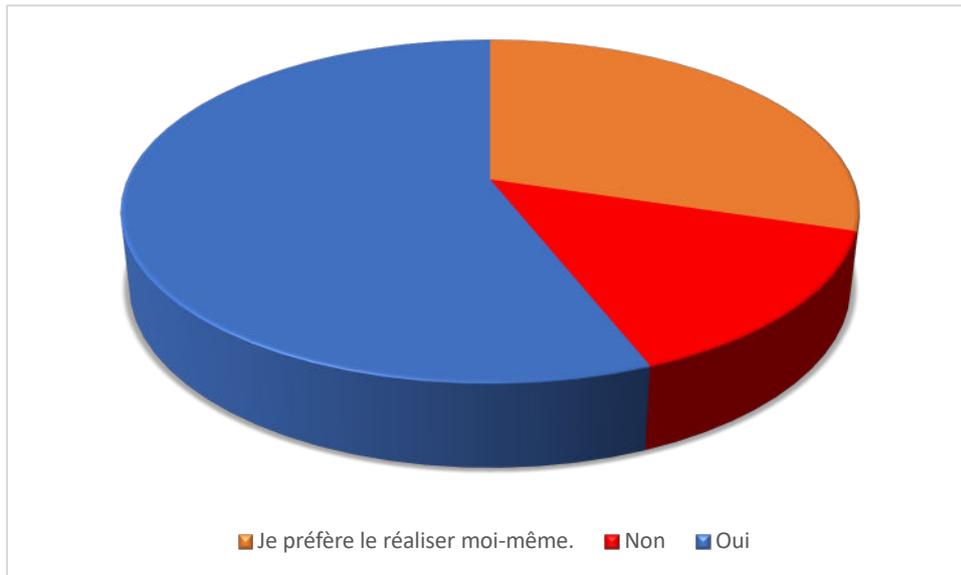


Figure 15 Résultats question n°13

**D) Le bilan médico-sportif initial et final du réseau sport-santé bien-être :**

**« Question 14 : Souhaiteriez-vous connaître les tests réalisés par les réseaux sport-santé bien-être lors du bilan médico-sportif ? »**

78/84 représentant 92,9% avaient répondu « Oui ».

6/84 représentant 7,1% avaient répondu « Non ».

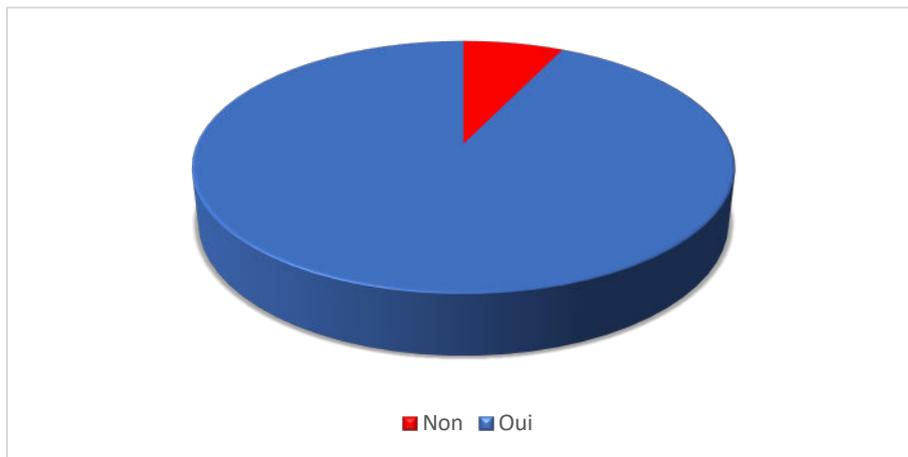


Figure 16 Résultats question n°14

**« Question 15 : Souhaiteriez-vous recevoir les résultats du bilan médico-sportif initial ? »**

79/84 représentant 94% avaient répondu « Oui ».

5/84 représentant 6% avaient répondu « Non ».

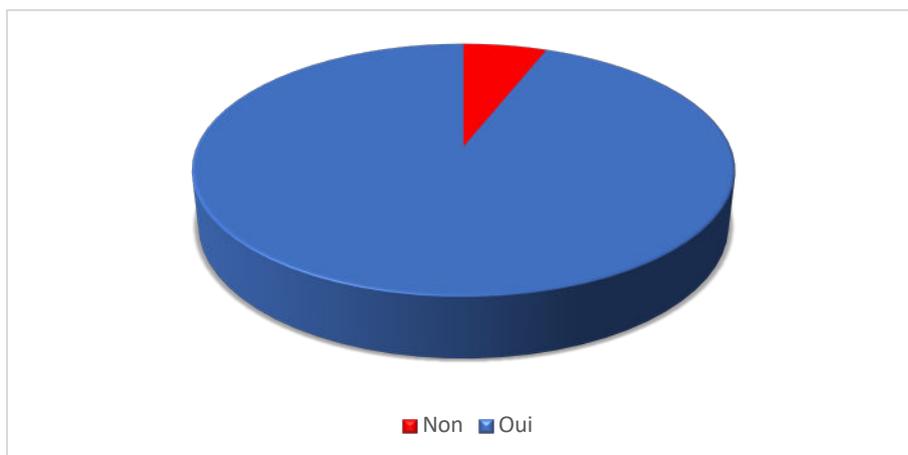


Figure 17 Résultats question n°15

**« Question 16 : souhaiteriez-vous devoir valider le protocole d'activité physique proposé au patient ? »**

41/84 représentant 48,8% avaient répondu « Oui ».

42/84 représentant 50% avaient répondu « Non ».

1/84 n'avait pas répondu à la question.

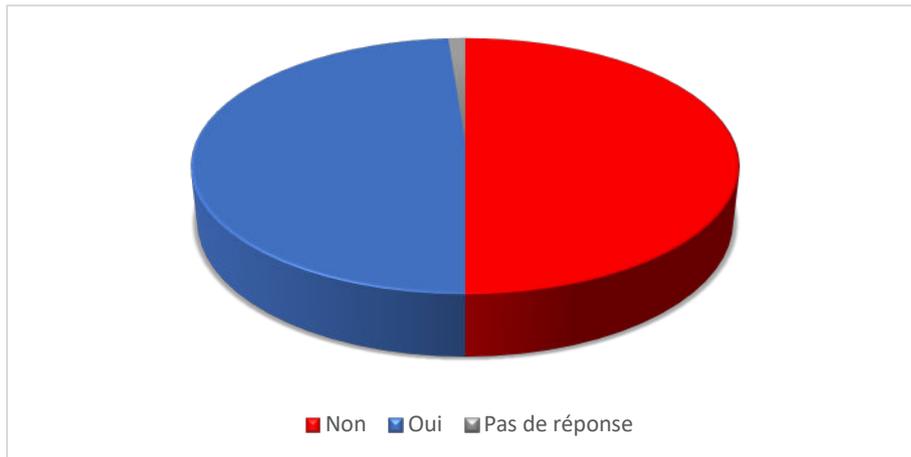


Figure 18 Résultats question n°16

**« Question 17 : Souhaiteriez-vous recevoir un bilan final réalisé à la fin de la période de prise en charge du patient par le réseau sport-santé bien-être ? »**

83/84 représentant 98,8% avaient répondu « Oui ».

1/84 représentant 1,2% avaient répondu « Non ».



Figure 19 Résultats question n°17

### **E) Influence du cadre de l'exercice, type d'activité et de l'ancienneté :**

Nous avons réalisé des Chi 2 afin de savoir si le fait de travailler seul ou en groupe (en regroupant les médecins travaillant en maison médicale pluridisciplinaire et en cabinet de médecine générale de groupe) pouvait avoir de l'influence sur les réponses des médecins.

Il en ressortait que 82% des médecins exerçant en « groupe » étaient demandeurs d'une formation sur la prescription d'activité physique adaptée contre 57% des médecins exerçant « seul » ( $p=0,02$ ).

De même, 93% des médecins exerçant « en groupe » étaient demandeurs d'un bilan d'aptitude avant un programme d'APA contre 68% des médecins exerçant « seul » ( $p=0,002$ ).

Enfin 63% des médecins exerçant en « groupe » pensaient que l'entretien motivationnel pouvait-être réalisé par le réseau sport santé, 27% préféraient le réaliser eux-mêmes et 10% le jugeaient inutile.

Alors que 36% des médecins exerçant « seul » pensaient que l'entretien motivationnel pouvait être réalisé par le réseau sport santé, 36% préféraient le réaliser eux-mêmes et 28% le jugeaient inutile ( $p=0,049$ )

Les autres réponses testées n'avaient pas retrouvé de différences significatives.

La comparaison des réponses selon le type d'activité (urbaine, semi-rurale, ou rurale) et selon l'ancienneté (moins de 10 ans, de 10 à 20 ans et plus de 20 ans), n'avait pas retrouvé de différences significatives.

## **IV. Discussion :**

### **A) Forces et biais de l'étude :**

Grâce au soutien de l'URPS le nombre de questionnaires envoyés (508) a pu être relativement important et il a pu toucher l'ensemble des médecins généralistes libéraux de toute la région Hauts-de-France. En revanche le taux de retour des questionnaires de 16,5% (soit 84 retours) est décevant.

La période estivale durant laquelle le questionnaire a été envoyé a pu jouer un rôle dans ce faible taux de retour. La Pandémie de la COVID-19 qui s'est déroulée de manière concomitante avec l'étude a pu également avoir un impact sur le temps disponible des médecins généralistes libéraux qui ont pu avoir d'autres préoccupations que de répondre au questionnaire.

Dans ce contexte il est difficile de conclure de manière formelle pour savoir si le faible taux de réponse est dû à un manque d'intérêt des médecins généralistes pour la prescription de l'activité physique adaptée ou s'il est dû à des éléments extérieurs.

Il existe un biais de sélection dans notre population étudiée, en effet l'âge moyen des médecins ayant répondu était de 44,7 ans, alors que selon la démographie médicale régionale établie par le conseil de l'ordre des médecins en 2015, l'âge moyen des médecins généralistes était de 53 ans en Picardie et en Nord-Pas-de-Calais (34)(35). Cette différence de moyenne d'âge peut être due à un changement démographique sur ces 5 dernières années (il n'existait pas au jour de cette thèse de nouveau relevé démographique réalisé par le conseil de l'ordre), ou à un intérêt plus grand de la part des jeunes médecins à la prescription d'activité physique adaptée dont la promotion est relativement récente.

## **B) État des lieux de la prescription d'activité physique adaptée :**

Les questions 1 à 5 montrent une méconnaissance importante et globale des médecins généralistes sur tout ce qui concerne la prescription d'activité physique adaptée.

78,6% d'entre eux déclarent ne pas bien connaître les indications de prescription de l'APA dans le cadre d'un patient en ALD. Ce résultat est concordant avec la littérature, comme le rappelle Gérin (19) dans sa thèse qui retrouvait comme principal obstacle à la prescription, après le manque de temps, le manque de connaissance sur la prescription d'AP. 89,3% déclaraient ne pas bien connaître les modalités de prescription de l'APA. Une grande majorité d'entre eux ne connaissait pas de réseau sport-santé bien-être (79,8%) ou d'associations / clubs (73,8%) accueillant des patients en ALD dans leur zone géographique, et 94,1% ne connaissaient pas bien les modalités de fonctionnement d'un réseau sport-santé.

Ces résultats montrent que malgré des efforts faits pour promouvoir l'APA, notamment dans le Programme national nutrition santé (PNNS) (36), et malgré la publication d'un guide pratique de l'HAS pour la « promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez l'adulte » (37), du Vidal Medico SPORT (38), mais également un guide réalisé par l'Institut de recherche du bien-être de la médecine et du sport-santé (IRBMS) (39) ou par le réseau Paprica en Suisse (40), les médecins généralistes ne semblent ni connaître les modalités de prescription et de fonctionnement de l'APA, ni les structures qui pourraient potentiellement les aider dans cette démarche. Ce résultat récurrent dans toutes les études incite à promouvoir au sein des facultés de médecine l'intégration d'un enseignement des bénéfices de l'activité physique pour la santé.

Notre étude montre que 31% des médecins ont déjà prescrit une APA à leurs patients. Cette question n°6 peut présenter une ambiguïté dans le sens où elle ne précisait pas si cette prescription était écrite ou orale, ce qui aurait mérité d'être précisé. On peut penser tout de même qu'il existait un biais de suggestion dans le sens d'une prescription écrite puisque dans la lettre d'introduction du questionnaire nous parlions de la prescription écrite d'AP autorisée par le décret de 2017. Ce chiffre est encourageant dans la mesure où comme nous l'avons vu précédemment la très grande majorité des médecins déclarent méconnaître les indications et les modalités de prescription mais un tiers d'entre eux prescrivent quand même de l'APA à leurs patients.

Ce chiffre semble faire écho au résultat obtenu par le Baromètre sport santé FFEPGV (Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire) de 2017 (41) qui retrouvait que 35% des français déclaraient avoir reçu de la part de leur médecin une recommandation de pratiquer une activité physique. Ce même sondage retrouvait qu'entre 2015 et 2017 ce chiffre était passé de 28% à 36%, ce qui montre une évolution positive dans l'intégration de l'AP comme thérapeutique. Mais ces résultats diffèrent cependant par rapport aux résultats du questionnaire IFOP (16) qui retrouvait que 74% des 603 médecins généralistes français interrogés avaient déjà prescrit une activité physique à un patient. Ces différences peuvent probablement s'expliquer à nouveau par la formulation de la question : le terme de prescription pouvant revêtir plusieurs sens, allant du simple conseil oral, jusqu'à la prescription écrite en passant par l'entretien motivationnel.

Parmi les médecins de notre panel ayant prescrit une APA, ils étaient assez nombreux (40%) à avoir adressé leurs patients vers un professionnel libéral (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, E-APA, ...), alors qu'un tiers déclaraient les avoir déjà adressés vers un réseau sport santé ou une association ou un club sportif. Et 40% avait déjà fait une prescription sans les adresser vers une structure ou un professionnel. Ces résultats tendent à montrer une plus grande confiance des médecins à adresser des patients vers un autre professionnel libéral mais ne dégagent pas de tendance nette vers l'une ou l'autre des solutions actuellement mises à disposition des médecins. On retrouve également une forte proportion de prescriptions sans adressage, qui peut s'expliquer soit dans le cadre d'une pratique autonome du patient à partir de conseils écrits ou oraux, soit par un manque de connaissance de partenaires à qui adresser ces patients. Le taux d'adressage assez faible vers des réseaux ou des structures peut être lié à un manque de connaissance de l'existence de ces réseaux ou à un manque de confiance envers eux. Dans son travail de mémoire Marcacci (42) retrouve comme frein à la prescription d'AP en Suisse le manque de structure et de personnel reconnu, qui pour les médecins semblait un problème majeur.

Ces résultats montrent le manque de connaissance des médecins généralistes à la fois des indications et des structures leur permettant de prescrire de l'activité physique. Malgré cela un tiers ont déjà expérimenté la prescription d'activité physique, mais le parcours du patient semble encore très hétérogène.

### **C) Un besoin d'aide à la prescription d'AP ressenti par les médecins généralistes :**

La question n°7 cherchait à évaluer si au cours de leur consultation, les médecins généralistes ressentaient un besoin d'aide de la part d'un réseau spécifique pour intégrer l'AP dans la prise en charge de leurs patients.

Les médecins généralistes ont exprimé pour une grande majorité, le besoin d'un réseau spécifique, puisqu'ils étaient 78,6% à en ressentir souvent ou tout le temps le besoin.

Ce chiffre montre les difficultés que les médecins généralistes peuvent rencontrer pour intégrer l'AP comme traitement non médicamenteux dans la stratégie thérapeutique de leurs patients.

Ce résultat est cohérent avec les résultats retrouvés par Pellegrin (22) dans son travail de thèse où les médecins étaient 82% à éprouver des difficultés à faire la promotion de l'activité physique. De même dans sa thèse Barthel (43) retrouvait que 92% des médecins estimaient nécessaire le travail avec des structures d'accueil adaptées pour la prescription d'AP.

Ces résultats montrent donc la nécessité de mettre en place des structures pour aider les médecins généralistes à promouvoir l'activité physique au sein de leur patientèle.

### **D) Des médecins en demande de formation :**

Dans la question n°8 nous cherchions à savoir si les médecins étaient demandeurs d'une formation sur la prescription d'APA.

Les médecins interrogés exprimaient à 75% un souhait de formation à la prescription d'APA. Cependant ce chiffre variait selon le mode d'exercice, car il représentait 82% des médecins exerçant en groupe contre 57% des médecins exerçant seuls ( $p=0,02$ ).

Cette différence pourrait être expliquée par une plus forte émulation à la formation chez les médecins exerçant en groupe et surtout par une plus grande disponibilité pour se former.

Quoi qu'il en soit ce résultat montre que trois quarts des médecins sont demandeurs d'une formation à la prescription d'APA, ce qui avait déjà été évoqué dans la thèse de Vornax (18)

qui retrouvait que les médecins réclamaient une formation sur les modalités d'application de la prescription d'AP, dans le cadre du développement professionnel continu, mais également une formation incluse dans les études initiales de médecine. Des formations existent, comme par exemple celle proposée par l'Institut de recherche du bien-être de la médecine et du sport-santé (IRBMS) qui propose une formation en ligne via le MOOC (44), ou en présentiel via FMC-ActionN, ou encore des diplômes universitaires, tel que « Prescription d'activités physiques et lutte contre la sédentarité dans les maladies chroniques » dispensé à Montpellier, à l'université de Lorraine ou encore à Paris-Descartes. Dans sa thèse (45), qui interrogeait des médecins après la formation de l'IRBMS, Rucar retrouvait que deux tiers des répondants étaient d'accord pour dire que cette formation était nécessaire avant de prescrire de l'APA.

Ces résultats montrent que les médecins sont demandeurs d'une formation à la prescription d'une APA et que lorsqu'elle est mise en place, elle leur semble nécessaire.

### **E) Modalité d'adressage au réseau sport-santé bien-être :**

Cette partie du questionnaire cherchait à mettre en avant les besoins opérationnels, qui permettraient au cours d'une consultation de médecine générale, d'intégrer l'APA comme traitement non médicamenteux dans la prise en charge des patients.

Les médecins répondants étaient 85,7% à souhaiter qu'il existe un bilan d'aptitude physique qui puisse être réalisé par un E-APA avant la prescription d'une AP. Ces résultats montrent que les médecins pensent qu'un bilan est nécessaire avant la pratique d'une activité physique adaptée. Il aurait pu être intéressant de faire préciser si ce bilan devait être réalisé à visée sécuritaire ou à visée d'évaluation des capacités du patient. Les chiffres que nous avons obtenus à cette question n°9, peuvent être pondérés selon le type de pratique des médecins, en effet 93% des médecins exerçant en groupe souhaitaient un bilan réalisé par un E-APA, contre seulement 68% parmi les médecins exerçant seuls ( $p=0,002$ ) ; un nombre plus important de médecins exerçant en groupe pensent qu'un bilan médico-sportif est nécessaire.

Afin de faciliter la prescription d'AP, 77,4% des répondants souhaitaient avoir une ordonnance pré-remplie. Cette information est intéressante sachant qu'une ordonnance type est déjà existante (Annexe 3). Il serait intéressant de compléter ce résultat en cherchant à savoir combien

étaient au courant de l'existence d'une telle ordonnance, ce qui irait dans le sens d'un manque de communication, et ce qu'ils attendent des informations que contiendrait cette ordonnance. Néanmoins une ordonnance spécifique et pré-remplie semble être un outil attendu, qui permettrait de lever certains freins à la prescription de l'AP.

Enfin lorsque l'on a demandé aux médecins s'ils préféreraient adresser leurs patients vers une structure d'APA labélisée, un réseau sport-santé ou avoir la possibilité de faire les deux ; une grande majorité (79,8%) semblait vouloir garder une liberté d'adressage en préférant garder le choix de la structure. Cette volonté de diversité peut s'expliquer par la nécessité de vouloir apporter une réponse adaptée à chaque patient, pour lui permettre son autonomisation en AP.

Concernant l'adressage des patients pour réaliser un bilan médico-sportif initial avant de les inclure dans un programme d'APA. Une petite majorité (61,9%) préférerait les adresser vers un centre du réseau sport santé, On peut toutefois constater que les médecins envisagent également pour le bilan, d'adresser leur patient vers d'autres professionnels de santé ou issus du monde sportif. Seulement 11,9% voulaient pouvoir réaliser eux-mêmes ce bilan. On peut constater qu'une majorité de médecins aurait confiance dans un réseau pour réaliser ce bilan et que les professionnels en qui ils auraient le plus confiance seraient les médecins du sport, les kinésithérapeutes et les E-APA. En revanche le fait que très peu de médecins envisagent de réaliser ce bilan eux-mêmes conforte le constat fait dans la thèse de Tardy-Broucqsault (46), soulignant le manque d'outils utilisables rapidement au cabinet de médecine générale. De plus la littérature scientifique ne fait pas ressortir de méthode optimale de quantification d'AP. Ce qui peut expliquer le besoin des médecins de se reposer sur des professionnels expérimentés en AP pour faire ce bilan. Ce résultat est également cohérent avec l'un des principaux freins à la prescription d'AP qui est le manque de temps en consultation de médecine générale. Le fait de pouvoir déléguer le bilan d'AP à un E-APA permettrait de dégager du temps en consultation. Ce résultat est peut-être le marqueur d'une évolution par rapport aux résultats de certaines études européennes qui évoquaient le manque de reconnaissance de l'expertise des éducateurs sportifs par le monde médical (47)(42). Cette reconnaissance est peut-être plus grande en France où la formation des E-APA est reconnue, ou grâce à une meilleure communication et une évolution des pratiques qui a permis l'amélioration de la confiance du monde médical envers les E-APA. Toutefois la non-reconnaissance des E-APA en tant que professionnels de santé (par décret professionnel) habilités à dispenser de l'AP prise en charge par la sécurité sociale

dans le cadre d'une ALD, montre le chemin qui reste à parcourir pour préciser la place de ce métier dans le parcours de soins.

L'entretien motivationnel est un outil mis en avant pour aborder un changement de comportement tel que la pratique d'AP. Mais cet entretien demande du temps. C'est ce qui nous a motivé à demander aux médecins s'ils souhaitaient pouvoir orienter leurs patients vers un réseau pour réaliser cet entretien motivationnel. 56% des répondants souhaitaient pouvoir les y adresser, 30% préféraient le réaliser eux-mêmes et 14% ne souhaitaient pas d'entretien motivationnel. Le fait qu'un réseau propose des entretiens motivationnels à la pratique d'une AP, à la demande d'un médecin, semble être un service qu'un peu plus de la moitié des médecins apprécieraient alors qu'un tiers d'entre eux pensent que cela reste à leur charge.

Pour conclure, le bilan de cette partie montre qu'en pratique, le « meilleur » parcours d'un patient en ALD dont le médecin traitant cherche à mettre en place l'APA comme traitement non médicamenteux serait :

- Un bilan d'AP réalisé par un E-APA, afin d'évaluer la pratique et les besoins du patient en AP.
- Un entretien motivationnel réalisé par le médecin prescripteur ou par un réseau.
- La prescription d'une activité physique adaptée par le médecin traitant à l'aide d'une ordonnance pré-remplie.
- L'adressage du patient vers une structure d'APA labélisée ou un réseau sport-santé, après un bilan médico-sportif, réalisé par : un réseau, un médecin spécialisé, un E-APA ou un kinésithérapeute.

#### **F) Les bilans médico-sportifs d'un réseau sport-santé bien-être :**

Cette partie du questionnaire cherchait à faire la lumière sur les retours attendus par les médecins généralistes d'un réseau sport-santé prenant en charge leurs patients.

Dans les réseaux déjà existants, on trouvait classiquement deux bilans adressés au médecin ayant prescrit l'APA : un bilan initial et un bilan final.

Le bilan médico-sportif initial, dans les réseaux ou dans les maisons sport-santé est le plus souvent réalisé par un E-APA. Il a pour but d'évaluer les capacités du patient à la pratique d'une

activité physique. Il n'y a actuellement pas de consensus faisant l'objet de recommandation pour définir clairement ce que doit contenir ce bilan. Il reste à l'appréciation de chaque réseau voire de chaque professionnel. Le bilan final, réalisé à la fin de la prise en charge du patient au sein d'un protocole, au bout de 6 à 12 mois généralement, permet de réévaluer l'autonomie du patient dans la pratique d'AP. Il peut suggérer une reconduite de la prescription dans une structure type « passerelle » ou de poursuivre l'AP au sein d'associations ou de clubs sportifs affiliés ou non au réseau.

Les résultats montrent qu'une très grande majorité des médecins souhaite connaître les tests réalisés par le réseau (92,9%), qu'ils souhaitent recevoir un bilan initial (94%) et un bilan de fin de prise en charge (98,8%). Ces résultats montrent également l'intérêt qu'ont les médecins pour le suivi de leurs patients en matière d'AP, ils ne considèrent pas l'adressage des patients vers un réseau, comme un moyen de ne pas s'occuper de l'AP. Ils considèrent, comme le montrent de nombreuses études, et comme l'a montré Perwez dans sa thèse (23), leur rôle comme « vraiment important » ou « central » dans le cadre de la prescription d'AP. Dans le sondage IFOP (16) 92% des médecins considéraient qu'ils devaient être impliqués dans la sensibilisation des patients à la nécessité de réaliser des activités physiques. Il semble important de créer un protocole de tests ou un bilan médico-sportif, élaboré avec l'aide de médecins généralistes et spécialistes et des acteurs de l'APA, afin de pouvoir proposer aux médecins généralistes et aux réseaux un bilan faisant consensus. Ceci pourrait encore augmenter la confiance réciproque entre les différents acteurs.

Le fait de devoir valider, par le médecin un protocole d'APA avant qu'il puisse être proposé au patient divise les médecins (50% de « non »). Le fait de vouloir valider le protocole d'APA peut être interprété comme une volonté de garder un contrôle sur ce qui est proposé à son patient. Alors que le fait de ne pas vouloir avoir à valider le protocole d'APA peut être interprété, encore une fois, par un manque de temps ou de connaissance. Devoir organiser une consultation pour analyser le protocole et le valider, serait probablement vu comme chronophage pour le médecin, et allongerait le temps pour le patient entre sa première consultation pour prescription d'APA et le moment où il intégrerait le programme. Cela semble cohérent avec le fait que les médecins aient, dans leur grande majorité, exprimé leur souhait de vouloir confier leurs patients à des professionnels, à travers ou non, un réseau. Devant ces avis divergent, le choix doit probablement être laissé aux médecins de pouvoir valider le protocole.

En conclusion, une fois la prescription d'APA et l'adressage du patient vers un réseau fait par le médecin traitant, ce dernier semble vouloir connaître l'évolution et la progression de son patient au sein de son parcours au travers de bilans (initial et final). La question de la validation par le médecin prescripteur, d'un protocole d'AP est quant à lui plus controversé. Il serait intéressant de connaître les motivations des médecins souhaitant devoir le valider afin de savoir si cette validation doit être mise en place au sein des réseaux.

## V. Conclusion :

Les résultats de cette étude ont montré le manque de connaissance exprimé par les médecins généralistes de la région Hauts-de-France sur la prescription d'activité physique, tant sur les indications à la prescription que sur les modalités même de cette prescription. Mais elle a également montré que ces médecins sont demandeurs d'une formation à la prescription de l'activité physique. Il serait intéressant de poursuivre ces recherches en évaluant le type de formation (formation initiale en faculté, formation professionnelle continue, diplôme universitaire, etc...) et le contenu que les médecins attendent de cette formation. Nos résultats montrent le besoin d'aide, que les médecins généralistes expriment, pour mettre en place une activité physique adaptée à leurs patients, et ce malgré la présence de réseau déjà existant. La revue de la littérature montre les freins bien établis à la prescription d'AP : le manque de temps, le manque de connaissance et le découragement face aux antécédents d'échec. Le défi à relever pour les structures de sport-santé est de palier à ces freins. Pour répondre à notre objectif principal nous pouvons déduire de notre étude que les médecins généralistes dans une grande majorité attendent d'un réseau :

- Qu'il réalise un Bilan d'AP, afin d'évaluer le niveau d'AP du patient.
- Qu'il puisse réaliser un entretien motivationnel à la demande du médecin.
- Qu'il fournisse une ordonnance pré-remplie, facilitant la prescription.
- Qu'il réalise un bilan initial, afin de mettre en place un protocole d'APA au patient, et que ce bilan soit transmis au médecin prescripteur.
- Qu'il réalise un bilan final, au terme de la prise en charge, lui aussi transmis au médecin prescripteur.

L'ordonnance spécifique semble être un outil qui pourrait aider les médecins généralistes. Un travail doit être entamé pour diffuser plus largement cette ordonnance et en expliciter l'utilisation auprès des médecins afin de les inciter à l'utiliser davantage. Il semble nécessaire d'établir des bilans médico-sportifs faisant consensus, établis en collaboration avec le milieu médical et le milieu de l'activité physique afin que toutes les structures puissent travailler à partir de bilans équivalents et que chacun des acteurs puissent communiquer et se comprendre à travers ces bilans. La question de la validation par le médecin prescripteur d'un protocole mis en place par le réseau reste une question qui divise les médecins. De même il semble important de définir le rôle de chaque acteur de l'AP au sein d'un réseau afin d'uniformiser les pratiques et de rendre l'APA plus lisible pour les médecins traitants. La place de l'entretien motivationnel reste à définir, il semble que le médecin traitant ait une place privilégiée de confiance avec le

patient pour le réaliser, mais les médecins semblent intéressés par le fait que les réseaux puissent les aider dans cette démarche. Les médecins généralistes sont conscients de l'intérêt de l'AP pour leurs patients et de leur rôle central dans la mise en place de cette AP, mais il semble exister un trop grand fossé entre le monde médical et le monde sportif. Les réseaux à travers les maisons sport-santé peuvent jouer le rôle de tiers de confiance entre le monde médical et le monde de l'activité physique afin qu'ils puissent travailler ensemble dans un même objectif de santé.

## Bibliographie :

1. Actualisation des repères Mesures de maîtrise du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité de la brucellose chez physique et à la sédentarité [Internet]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
2. Naci H, Ioannidis JPA. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. BMJ [Internet]. 1 oct 2013;347. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f5577>
3. Inserm - Activité Physique Maladies Chroniques Synthèse 2019.
4. OMS | La sédentarité, une cause majeure de maladies et d'incapacités [Internet]. WHO. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/fr/>
5. 2001 - Ministère délégué à la santé [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>
6. Intensité et mesure de l'activité physique - Manger Bouger Professionnel [Internet]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/pro/sante/activite-physique-20/definitions-types-d-activite-intensite-et-mesure/intensite-et-mesure-de-l-activite-physique.html>
7. Les résultats de l'étude ESTEBAN 2014-2015 [Internet]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/les-resultats-de-l-etude-esteban-2014-2015](https://determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/les-resultats-de-l-etude-esteban-2014-2015)
8. Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 [Internet]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>
9. Grillon J-L. Plan National de prévention par les Activités Physiques ou Sportives 2008. 2008;31.
10. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees)
11. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
12. Instructions et circulaires récentes N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=42071>

13. L'Activité Physique Adaptée - SFP-APA [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfp-apa.fr/activite-physique-adaptee.html>
14. Article Annexe II-1 (art. A212-1) - Code du sport - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025394105/2012-08-01](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025394105/2012-08-01)
15. bilan activité 2011 - SFP-APA [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfp-apa.fr/assets/fichiers/blog/330/bilan%20activit%C3%A9%202011.pdf>
16. Les médecins généralistes et la prescription d'activités physiques [Internet]. IFOP. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-medecins-generalistes-et-la-prescription-dactivites-physiques/>
17. sport ordonnance sondage TNS Sofres pour la MAIF 2015.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://entreprise.maif.fr/files/pdf/presse/2015/2015-07-01-sportordonnancesondageVF.pdf>
18. Vonarx F-X. « Sport sur ordonnance »: freins et leviers à son application sur la communauté urbaine d'Arras [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
19. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *Sci Sports*. 1 avr 2015;30(2):66-73.
20. Petzinger GM, Fisher BE, McEwen S, Beeler JA, Walsh JP, Jakowec MW. Exercise-enhanced neuroplasticity targeting motor and cognitive circuitry in Parkinson's disease. *Lancet Neurol*. juill 2013;12(7):716-26.
21. Hébert ET, Caughy MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med*. juill 2012;46(9):625-31.
22. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique: enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
23. Perwez T. Prescription de l'activité physique en médecine générale: point de vue des médecins généralistes en Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2018.
24. Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé - IGAS et IGJS [Internet]. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/autres/RapportIGASIGJSAPSMArs2018.pdf>
25. Activité physique : Contextes et effets sur la santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>
26. Picardie en forme - Rapport d'évaluation 2011-2013.

27. DynamiQ'Santé | Office Des Sports D'Amiens Métropole [Internet]. Disponible sur: <http://www.osam.fr/le-centre-de-medecine-du-sport/dynamiqsante/>
28. Prescimouv, bougez plus pour mieux vivre en Grand Est [Internet]. Prescimouv Grand Est. Disponible sur: <https://www.prescimouv-grandest.fr/>
29. PRESCRI'FORME : l'activité physique sur ordonnance en Île-de-France [Internet]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/prescriforme-lactivite-physique-sur-ordonnance-en-ile-de-France>
30. L'activité physique sur prescription en France. Etat des lieux 2019 - Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité [Internet]. Disponible sur: <http://www.onaps.fr/Etudes-de-l-onaps/les-etudes-de-l-onaps/etudes/l-activite-physique-sur-prescription-en-france-etat-des-lieux-2019/>
31. Les maisons sport santé - dossier de presse [Internet]. Disponible sur: [https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/maisonssportsante\\_dp\\_v12\\_.pdf](https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/maisonssportsante_dp_v12_.pdf)
32. Les premières Maisons Sport-Santé - Le ministère des Sports et le ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. sports.gouv.fr. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/actualites/article/les-premieres-maisons-sport-sante-sont-desormais-connues>
33. ameli.fr - Prévalence [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
34. Francione et Bissonnier - Avec la participation de .pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/48qdaw/atlas\\_picardie\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/48qdaw/atlas_picardie_2015.pdf)
35. Francione et Bissonnier - Avec la participation de .pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1uldeg/atlas\\_nord-pas\\_de\\_calais\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1uldeg/atlas_nord-pas_de_calais_2015.pdf)
36. Santé - Manger Bouger Professionnel [Internet]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/pro/sante>
37. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes - HAS [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf)
38. Aide à la prise en charge médicale des activités physiques et sportives - MÉDICOSPORT-SANTÉ [Internet]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/infos-sport-medicosport-sante/>

39. Prescrire l'activité physique et/ou le sport au cabinet médical - IRBMS [Internet]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/download/documents/Aide%20%C3%A0%20la%20prescription%20de%20l%27activit%C3%A9%20physique.pdf>
40. Bene N. «Toutes les parties du corps qui remplissent une fonction sont saines, bien développées et vieillissent plus lentement si elles sont sollicitées avec mesure et exercées à des travaux dont on a l'habitude. Mais si elles ne sont pas utilisées et sont indolentes, elles tendent à devenir malades, se développent mal et vieillissent prématurément.» :44.
41. Baromètre Sport Santé FFEPGV 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.sport-sante.fr/medias/fichiers/Communiqu%C3%A9s%20de%20presse/CP%20Vague%205%20FFEPGV%20final.pdf>
42. Marcacci A. Conseil et prescription de l'activité physique au cabinet médical. :41.
43. Barthel E. Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens au sujet de la prescription d'activité physique. :112.
44. IRBMS. Sport Santé sur ordonnance : formations Sport Santé en ligne (Mooc) [Internet]. Formations Sport Santé. Disponible sur: <https://www.mooc-sportsante.com/>
45. Rucar B. Sport santé sur ordonnance: analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en ALD chez des médecins généralistes ayant réalisés une formation à cette prescription [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
46. Tardy-Broucqsault A-S. Evaluation de l'activité physique en médecine générale, une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2010.
47. Ribera A, McKenna J, Riddoch C. Physical activity promotion in general practices of Barcelona: A case study. Health Educ Res. 1 sept 2006;21:538-48.

Annexe 1 : Tableaux des phénotypes fonctionnels, instruction interministérielle.

TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS					
Fonctions		Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Fonctions locomotrices	Fonction musculaire neuro	Normale	Altération minimale de la motricité et du tonus	Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction articulaire ostéo	Normale	Altération au max de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes	Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvements simples	Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Pas ou peu de fatigue	Fatigue rapide après une activité physique intense	Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Force normale	Baisse de force, mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
	Marche	Distance théorique normale couverte en 6mn = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{sexe})$ , avec sexe=0 pour les femmes, sexe=1 pour les hommes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82% de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à 150 m.

Fonctions cérébrales	Fonctions cognitives	Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat	Bonne stratégie, lenteur, adaptation possible, bon résultat	Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Aucune altération de la compréhension ou de l'expression	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/Dépression	Ne présente aucun critère d'anxiété et/ou de dépression	Arrive à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
Fonctions sensorielles + douleur	Capacité visuelle	Vision des petits détails à proche ou longue distance	Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans l'environnement non perturbée	Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familial	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familial
	Capacité sensitive	Stimulations sensibles perçues et localisées	Stimulations sensibles perçues mais mal localisées	Stimulations sensibles perçues mais non localisées	Stimulations sensibles non perçues, non localisées.
	Capacité auditive	Pas de perte auditive.	La personne fait répéter.	Surdité moyenne. La personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	Equilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité	Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	Douleur constante avec ou sans activité

Annexe 2 : Domaines d'intervention préférentiels des différents métiers, instruction interministérielle.

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

<sup>1</sup> Concernés à la condition d'intervenir dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire

Annexe 3 : Ordonnance d'activité physique adaptée.

<b>Tampon du Médecin</b>	
--------------------------	--

**DATE :**

**Nom du patient :**

**Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée**

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

**Préconisation d'activité et recommandations**

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

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

.....

**Document remis au patient**

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

Lieu      date      signature      cachet professionnel

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

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

**QUELS SONT LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES D'UN RESEAU POUR LES AIDER DANS LA PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE**

Cher confrère, chère Consœur,

Actuellement interne en médecine générale à l'université Picardie Jules Verne, je débute mon travail de thèse dont le but est de déterminer vos attentes vis à vis d'un réseau sport-santé afin de faciliter la prescription d'activité physique pour vos patients.

L'intérêt de l'activité physique (AP) en prévention primaire et secondaire dans les pathologies chroniques n'est plus à démontrer et a été étudié dans de nombreux travaux de recherche.

Il a été également démontré que le médecin généraliste joue un rôle central dans la promotion de l'AP surtout chez les patients présentant des pathologies chroniques.

Depuis 2016, un Décret autorise la prescription de l'AP pour les patients en ALD. L'offre de soins dans ce domaine existe sous la forme de structures telles que les réseaux sport-santé, les associations sportives labellisés, des enseignants en Activité Physique Adaptée, mais les études montrent qu'il s'agit d'une offre qui reste peu utilisée par les médecins.

Bien que conscients des bienfaits de l'AP pour leur patients, les médecins déclarent avoir un manque de lisibilité et de confiance dans ces structures qu'ils connaissent mal.

C'est dans ce contexte que nous souhaiterions comprendre quels seraient les attentes des médecins généralistes de la région Hauts-de-France vis à vis des réseaux sport-santé et ce qui faciliteraient la prescription d'AP pour leurs patients.

Pour cela vous trouverez ci-dessous un questionnaire à remplir et à nous retourner.

Si vous le souhaitez, ce questionnaire est également accessible au remplissage sur internet par ce lien :

<https://fr.surveymonkey.com/r/reseausportsanteHDF>

Je vous remercie sincèrement de votre collaboration dans ce travail de thèse et ne manquerai pas de vous faire part des résultats si vous le souhaitez

Bien Confraternellement.

Antoine LACHARME

**PARTIE 1 : ETAT DES LIEUX SUR LA PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE**

- 1. Connaissez-vous les indications de prescription de l'activité physique dans la pathologie chronique ?**  
 Non pas du tout       Un peu       Plutôt bien       Oui parfaitement
- 2. Connaissez-vous les modalités de prescription de l'activité physique dans la pathologie chronique (niveau de limitation et professionnels concernés) ?**  
 Non pas du tout       Un peu       Plutôt bien       Oui parfaitement
- 3. Avez-vous connaissance de réseau sport-santé bien-être autour de votre lieu d'exercice ?**  
 Non       Oui
- 4. Connaissez-vous le parcours du patient au sein d'un réseau sport-santé bien-être ?**  
 Non pas du tout       Un peu       Plutôt bien       Oui parfaitement
- 5. Avez-vous connaissance d'associations, et/ou de clubs, accueillant des patients porteurs de maladie chronique autour de votre lieu d'exercice ?**       Non       Oui

6. Avez-vous déjà prescrit une activité physique adaptée pour un patient dans le cadre d'une ALD, d'une pathologie chronique ou en prévention primaire ? (Plusieurs réponses possibles)

- Non
- Oui,  sans adresser vers une structure en particulier
- en adressant directement vers un club ou une association sportive
- en adressant vers un réseau sport-santé bien-être
- en adressant vers un professionnel libéral (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, enseignant en activité physique adaptée, ...)

7. Pensez-vous avoir besoin d'un réseau spécifique pour incorporer l'activité physique dans la prise en charge de vos patients atteints de pathologies chroniques ?

- Jamais  Rarement  Souvent  Tout le temps

8. Souhaiteriez-vous une formation à la prescription d'activité physique adaptée ?

- Non  Oui

## PARTIE 2 : MODALITES D'ADRESSAGE AU RESEAU SPORT-SANTE BIEN ÊTRE

9. Souhaiteriez-vous qu'il existe un bilan d'aptitude physique réalisé par un enseignant en activité physique adapté avant la prescription d'une activité physique ?  Non  Oui

10. Souhaiteriez-vous une ordonnance spécifique préremplie pour la prescription d'activité physique dans le cadre d'un patient ALD ?  Non  Oui

11. Pour la pratique d'une activité physique, préféreriez-vous orienter votre patient ?

- Vers le centre de coordination d'un réseau sport-santé bien-être
- Directement vers une structure d'activité physique adaptée labélisée (type association ou club sportif)
- Avoir la possibilité de faire les deux

12. A partir de votre consultation, vers qui préféreriez-vous adresser votre patient pour un bilan médico-sportif initial afin de l'inclure dans un programme d'activité physique adapté ? (Plusieurs réponses possibles)

- centre du réseau sport-santé bien-être  médecin du sport ou spécialisé
- kinésithérapeute  ergothérapeute
- psychométricien  enseignant en activité physique adapté
- club ou association sportif labélisé  réaliser le bilan médico-sportif vous-même

13. Souhaiteriez-vous pouvoir orienter un patient vers un réseau sport-santé bien-être pour réaliser un entretien motivationnel ?

- Non  Oui  Je préfère le réaliser moi-même

**PARTIE 3 : BILAN MEDICO-SPORTIF INITIAL, INTERMEDIAIRE ET FINAL DU RESEAU SPORT-SANTE BIEN-ETRE**

Au cours de son parcours dans le réseau sport-santé bien être, le patient peut bénéficier d'un bilan d'activité physique par un professionnel, et ce bilan pourra être adressé au médecin prescripteur

14. Souhaiteriez-vous connaître les tests réalisés par les réseaux sport-santé bien être lors du bilan médico-sportif ?  Non  Oui
15. Souhaiteriez-vous recevoir les résultats du bilan médico-sportif initial ?  Non  Oui
16. Souhaiteriez-vous devoir valider le protocole d'activité physique proposé au patient ?  
 Non  Oui
17. Souhaiteriez-vous recevoir un bilan final réalisé à la fin de la période de prise en charge du patient par le réseau sport-santé bien être ?  Non  Oui

**PARTIE 4 : EVALUATION DE VOTRE TYPE D'ACTIVITE**

Etes-vous ?  Une femme  Un homme

Quel est votre âge ? .....

Quel est votre type d'activité ?  Rurale  Semi-rurale  Urbaine

Dans quel cadre exercez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)  Seul  
 en cabinet de groupe de médecine générale  en maison médicale pluridisciplinaire

Depuis combien de temps exercez-vous ?  
 - de 10 ans  de 10 à 20 ans  + de 20 ans

Si vous souhaitez obtenir les résultats de mon enquête, merci de laisser vos coordonnées :

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

**Merci de votre participation !**

## Résumé :

**Introduction :** Les bénéfices de l'activité physique sur la santé ne sont plus à démontrer. Dans son projet de loi de modernisation du système de santé le gouvernement a inscrit la possibilité pour les médecins traitants de réaliser une prescription d'activité physique pour les patients en affection longue durée. Malgré cela cette prescription reste marginale. Notre étude a pour objectif de rechercher ce qu'attendent les médecins généralistes d'un réseau afin de les aider dans la prescription d'activité physique adaptée (APA).

**Matériel et Méthode :** Étude quantitative réalisée à partir d'un questionnaire adressé à 508 médecins généralistes libéraux de la région Haut-de-France, durant la période de juillet à septembre 2020.

**Résultats :** Sur les 508 questionnaires envoyés, 84 médecins ont répondu. 78,6% ne connaissaient pas ou peu, les indications de la prescription d'APA. 79,8% ne connaissaient pas de réseau sport-santé bien-être autour d'eux. 75% souhaitaient une formation à cette prescription. 94% souhaitaient recevoir un bilan initial et 98,8% un bilan final de prise en charge.

**Conclusion :** Les réseaux sport-santé restaient peu connus des médecins généralistes, tout comme les indications et les modalités d'une prescription d'APA. Les médecins éprouvaient pourtant un besoin d'aide et de formation pour mettre en place cette prescription. Les résultats de l'étude montraient qu'ils attendaient d'un réseau de connaître leurs tests et bilans médico-sportifs et qu'ils souhaitaient recevoir un bilan initial et final de la prise en charge. Une ordonnance pré-remplie spécifique semblait être un levier pour cette prescription.

**Mots-Clés :** activité physique, médecine préventive, médecine généraliste, ordonnances, prévention secondaire.