



FACULTÉ DE D'INGENIERIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTÉ - ILIS
UNIVERSITÉ DE LILLE

MASTER INGÉNIERIE DE LA SANTÉ
PARCOURS COORDINATION DES TRAJECTOIRES DE SANTÉ

Mémoire de Master 2

Optimiser la coordination entre Maisons Sport-Santé et médecins généralistes dans la
prise en soins des maladies chroniques

LILLE, Octobre 2024 - Juin 2025

Eve-Anne DACQUET

Directeur de mémoire : Hinde TIZAGHTI

Président du jury : Delphine GRYNBERG

Tuteur pédagogique : Valérie PETIT

Le 26/06/2025

Tuteur professionnel : Adeline DUBROMEL

Faculté Ingénierie et Management de la Santé - ILIS

42 rue Ambroise Paré

59120 LOOS

Remerciements :

À l'issue de ce travail de mémoire, je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à son élaboration.

Tout d'abord, je remercie ma directrice de mémoire, Hinde Tizaghti, pour son accompagnement, ses précieux conseils et sa bienveillance tout au long de cette recherche. Son expertise m'a été essentielle dans l'aboutissement de ce travail.

Un grand merci également à ma tutrice de stage, Adeline, ainsi qu'à Arline, Laurine, et Bertille, qui m'ont énormément appris au sein du pôle prévention de la FEMAS HDF. Merci à vous pour votre disponibilité, vos conseils et pour avoir rendu ce stage si agréable et enrichissant.

Un grand merci également au reste de l'équipe de la FEMAS, qui m'a offert un cadre de travail stimulant et un accès aux ressources nécessaires à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie aussi très sincèrement tous les professionnels qui ont accepté de participer à mes entretiens. Leur temps, leur partage d'expérience et leur regard de terrain ont beaucoup nourri mes réflexions.

Enfin, je souhaite adresser un immense merci à ma famille : mes parents, mes beaux-parents, et Antoine, pour leur soutien sans faille, leurs encouragements et leur patience tout au long de cette aventure. Vous avez été un vrai moteur pour moi.

Un grand merci aussi à mes amis, que ce soit ceux qui m'accompagnent depuis longtemps ou ceux rencontrés dans ce master, et particulièrement à Florine, Clara et Emilie qui m'ont accompagnées tout au long de cette dernière année de master. Merci pour vos conseils et votre aide précieuse à chaque étape. Vous avez rendu ce parcours bien plus agréable.

À toutes ces personnes, je témoigne ma profonde reconnaissance et mes sincères remerciements.

Liste d'abréviation :

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ALD : Affection Longue Durée

APA : Activité Physique Adaptée

AP : Activité Physique

APS : Activité Physique et Sportive

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CABBALR : Communauté d'Agglomération de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane

CAHC : Communauté d'Agglomération Hénin-Carvin

CALL : Communauté d'Agglomération Lens-Liévin

CPTS : Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé

DPC : Développement professionnel continu

DRAJES : Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HDL : High-Density Lipoprotein (lipoprotéine de haute densité)

INJEP : Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire

INM : Intervention Non Médicamenteuse

LDL : Low-Density Lipoprotein (lipoprotéine de basse densité)

MSS : Maison Sport-Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEPES : Parcours Éducatif de Pratique d'Éducation à la Santé

QPV : Quartier Prioritaire de la Ville

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

Table des matières :

INTRODUCTION.....	6
PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL.....	7
I. Les maladies chroniques : une problématique majeure de santé publique.....	7
1. Maladies chroniques : définitions, chiffres clés et évolution.....	7
2. Conséquences des maladies chroniques et leurs défis de prise en charge.....	8
3. Bassin minier du Pas-de-Calais : un territoire durement touché par les maladies chroniques.....	11
II. Sport-santé et Activité Physique Adaptée : au coeur des enjeux de santé publique.....	12
1. Comprendre l'activité physique : définitions et formes.....	13
2. De l'activité physique à l'activité physique adaptée.....	14
3. L'APA et ses acteurs : une approche pluridisciplinaire.....	15
1. L'APA : une thérapie non médicamenteuse aux bénéfices prouvés.....	18
2. Des obstacles à la reconnaissance de l'APA dans le système de soins.....	20
3. Les freins à la prescription d'APA par les médecins généralistes.....	21
IV. Les Maisons Sport-Santé : un dispositif structurant du Sport-Santé.....	23
1. Origine et missions des Maisons Sport-Santé.....	23
2. Un rôle clé dans le parcours des patients atteints de maladies chroniques.....	27
3. Initiatives complémentaires : "MSP en Mouvement" et autres dispositifs innovants.....	28
V. Problématique et cadre de recherche.....	30
PARTIE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE.....	32
I. Méthodologie.....	32
II. Outil de recueil de données.....	32
1. Choix de l'outil.....	32
2. Choix des participants.....	33
3. Démarche de recrutement des participants.....	34
III. Guides d'entretiens.....	35
1. Elaboration.....	35
2. Conditions de passation.....	36
3. Modalités de l'entretien.....	36
PARTIE 3 : ANALYSE DES RÉSULTATS.....	37
I. Profils des professionnels interrogés.....	37
II. Une reconnaissance consensuelle de l'intérêt de l'activité physique adaptée.....	39
III. L'influence de l'exercice coordonné sur la coopération MSS-soins primaires.....	41
IV. Les freins à la coordination entre MSS et médecine générale.....	43
V. Leviers et pistes pour améliorer la coordination.....	45
VI. Le rôle du patient dans la coordination sport-santé.....	48
PARTIE 4 : DISCUSSION.....	51
I. Confrontation partie théorique à pratique.....	51
II. Limites.....	54
III. Validation des hypothèses.....	55
IV. Perspectives d'évolution.....	57
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	61

ANNEXES.....	67
---------------------	-----------

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Critères d'inclusion et de non-inclusion des participants à l'étude.....	34
--	----

INTRODUCTION

La prévalence des maladies chroniques ne cesse d'augmenter en France, et plus particulièrement dans certains territoires fragilisés comme le bassin minier dans le Pas-De-Calais. Ces pathologies, souvent responsables d'une altération progressive de la qualité de vie, mobilisent une part importante des ressources du système de santé et posent des défis majeurs en termes de prévention et d'accompagnement des patients. Face à ce constat, l'Activité Physique Adaptée (APA) apparaît aujourd'hui comme un levier incontournable, tant pour prévenir l'apparition des maladies que pour améliorer le pronostic et le bien-être des personnes malades.

C'est dans cette perspective qu'ont été créées, en 2019, les Maisons Sport-Santé (MSS), à l'initiative des ministères des Sports et de la Santé. Ces structures innovantes ont pour ambition de rendre l'activité physique accessible à tous, en particulier aux personnes atteintes de maladies chroniques ou en situation de vulnérabilité. Elles s'inscrivent dans une logique de prévention multimodale et s'appuient sur une collaboration entre professionnels du sport et de la santé pour proposer un accompagnement personnalisé aux usagers.

Cependant, pour que ce dispositif révèle tout son potentiel, il est important d'optimiser la coordination entre les MSS et les médecins généralistes. Le choix de ce dernier s'impose naturellement dans cette réflexion, car il constitue souvent le premier point de contact des patients avec le système de santé. De plus, il joue un rôle dans la prescription de l'Activité Physique Adaptée. Ainsi, ces acteurs interviennent de façon déterminante tout au long du parcours de soins des patients chroniques.

Ce mémoire a pour objectif d'analyser les freins et leviers à l'optimisation de cette coordination, en s'intéressant aux pratiques actuelles, aux besoins des différents acteurs, et aux pistes d'amélioration possibles. À travers une approche qualitative, il s'agira d'analyser comment renforcer les liens entre MSS et médecine générale pour optimiser le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques dans le bassin minier.

PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL

I. Les maladies chroniques : une problématique majeure de santé publique

1. Maladies chroniques : définitions, chiffres clés et évolution

Les maladies chroniques constituent actuellement une problématique majeure de santé publique, tant à l'échelle nationale qu'à l'international. Elles sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹ comme *“des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement et qui nécessitent un traitement et des soins à long terme”* (1). Cette même organisation utilise également le terme de maladies non transmissibles pour les définir (1). En effet, elles se distinguent des maladies qui se transmettent par un agent viral, bactérien ou autre qui sont en grande majorité aiguës (2). Ainsi, ces affections sont caractérisées par leur persistance sur une longue durée et leur évolution souvent lente. Du côté français, le Ministère de la Santé définit une maladie chronique *“une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne”* (3).

Pour faciliter la prise en charge de ces pathologies, le système de santé français a mis en place le dispositif des Affections de Longue Durée (ALD). Il concerne *“des affections chroniques dont le traitement entraîne des frais médicaux importants, et le reste à charge est trop lourd pour être supporté par le patient seul”* (2). Il permet donc une prise en charge à 100 % des soins liés à certaines maladies chroniques reconnues. La liste des ALD comprend 30 pathologies², parmi lesquelles figurent le diabète de type 1 et 2, les cancers, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, et les affections psychiatriques de longue durée telles que la dépression récurrente et les troubles bipolaires (4).

Les chiffres illustrent l'ampleur du phénomène. En effet, 43 millions de décès ont été recensés en 2021 par l'Organisation Mondiale de la Santé (1). Les principaux groupes de maladies chroniques incluent les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies

¹ Il existe plusieurs définitions selon les institutions (OMS, HAS, Ministère de la Santé), parfois avec des nuances sur les critères de durée ou de retentissement sur la vie quotidienne.

² Cette liste figure à l'article D. 322-1 du Code de la sécurité sociale. Elle est régulièrement actualisée par décret selon l'évolution des connaissances médicales.

respiratoires chroniques et le diabète. A eux quatre, ils représentent 80 % des décès prématurés dues aux maladies chroniques (1).

En France, en 2012, 37 % des personnes âgées de plus de 15 ans, ce qui représente environ 19 millions de personnes, souffraient d'une maladie chronique. Parmi eux, 13 millions présentaient également une limitation dans leurs activités quotidiennes (3). Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), en 2021, 12 millions de patients étaient reconnus dans le cadre du dispositif des affections de longue durée (5).

La prévalence de ces pathologies est en constante augmentation, notamment en raison du vieillissement de la population et des modifications des modes de vie. En effet, les avancées médicales ont permis une amélioration de la prise en charge de nombreuses pathologies autrefois mortelles. Grâce aux progrès thérapeutiques, les personnes atteintes de ces maladies vivent plus longtemps. Cela entraîne alors automatiquement une hausse de la prévalence, c'est-à-dire du nombre de personnes vivant avec une maladie chronique à un moment donné. Par ailleurs, dans la majorité des pays développés, l'allongement de l'espérance de vie a conduit à une augmentation du nombre de personnes âgées, chez qui les maladies chroniques sont plus fréquentes. Des affections telles que la maladie d'Alzheimer, l'insuffisance rénale chronique ou encore le cancer de la prostate sont ainsi de plus en plus courantes (1).

2. Conséquences des maladies chroniques et leurs défis de prise en charge

L'impact des maladies chroniques se fait ressentir à plusieurs niveaux, tant sur les individus que sur l'ensemble de la société.

Pour les patients, elles constituent un bouleversement important. Cela les oblige à redéfinir leur quotidien et leur identité. Comme l'exprime Les Maladies chroniques : Vers la troisième médecine (2), *“ce ne sera jamais plus comme avant”*. Ils doivent acquérir de nouvelles compétences pour gérer leur traitement et leurs symptômes et apprendre à vivre avec leur maladie. Ce travail d'adaptation peut être assimilé à un véritable processus de

deuil. En effet, le patient doit accepter la perte de son état de santé antérieur en cherchant un nouvel équilibre. C'est également ce qu'indique le Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et de la Famille : *“L'impact de la maladie sur la vie quotidienne dépasse largement les domaines de la santé et du soins”* (45).

Les maladies chroniques peuvent entraîner une détérioration de la qualité de vie. Douleurs persistantes, fatigue, perte d'autonomie, limitations dans les activités quotidiennes... autant de conséquences qui affectent durablement la qualité de vie des patients. Ce même Ministère ajoute que : *“Améliorer sa qualité de vie et être plus autonome, c'est aussi pouvoir accéder à un emploi ou s'y maintenir, participer à une vie sociale et vivre le quotidien avec plus de facilité”*. En effet, selon l'OMS, *“la qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes”* (3). Elle prend ainsi en compte différents aspects qui se voient impactés par l'arrivée d'une maladie chronique.

S'ajoute à cela la stigmatisation liée aux maladies invisibles, qui pousse de nombreux malades à cacher leur état par crainte du rejet. En effet, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) évoque cet aspect : *“La qualité de vie d'une personne touchée par une pathologie chronique se voit également diminuée du fait de l'ensemble des représentations sociales qui l'entourent et de la difficile reconnaissance de la maladie dans son environnement”* (1). Ce manque de reconnaissance sociale conduit à une forme d'isolement. Il est notamment renforcé par l'absence d'adaptations concrètes dans le monde du travail ou dans la vie quotidienne. Les personnes malades doivent souvent gérer seuls les effets secondaires des traitements, l'épuisement ou la douleur en silence. La maladie devient alors un défi médical, mais aussi un poids social qui affecte l'estime de soi et les relations avec les autres.

Pour le système de santé, les maladies chroniques constituent un défi en raison de leur accompagnement long et complexe. Contrairement aux maladies aiguës, les pathologies chroniques exigent un suivi régulier et une prise en charge à long terme (traitements continus, consultations régulières, examens de suivi, hospitalisations ou interventions...). Elles sont également souvent associées à des complications sévères qui augmentent davantage les coûts.

D'un point de vue financier, en France, elles sont responsables de 62 % des dépenses de l'assurance maladie en 2020 (4), un chiffre qui ne cesse d'augmenter avec le vieillissement de la population.

Au-delà des soins directs, les maladies chroniques engendrent une perte de productivité importante. En effet, les capacités de travail peuvent devenir limitées et augmenter le recours à l'invalidité ou aux prestations sociales. La pression croissante sur les ressources médicales s'ajoute également : lits d'hôpitaux saturés, manque de personnel, délais d'attente...

Enfin, elles accentuent les inégalités sociales : les personnes les plus modestes sont plus exposées aux maladies chroniques et rencontrent plus de difficultés à accéder à des soins de qualité (5). Ce sont là autant de conséquences qui illustrent l'impact majeur des maladies chroniques sur le fonctionnement et la pérennité du système de santé.

En termes d'accompagnement, les maladies chroniques posent des défis importants, notamment en ce qui concerne la transition d'une approche curative à une approche préventive et globale. La nécessité d'une prise en charge interdisciplinaire et personnalisée se pose également.

Historiquement, les systèmes de santé se sont concentrés sur le traitement des maladies aiguës, ce qui privilégie donc des interventions curatives. Cependant, l'augmentation des maladies chroniques exige une réorientation vers une approche plus globale incluant la prévention et la promotion de la santé. *“Cette transition implique d'agir sur les facteurs de risque communs, tels que le tabagisme, l'alimentation et le manque d'activité physique, en mettant en place des programmes éducatifs et en créant des environnements favorables à des modes de vie sains”* (6). Une approche transversale est nécessaire pour intégrer ces actions tout au long de la vie des individus. Cela inclut la prise en compte des différents déterminants de la santé.

Par ailleurs, les maladies chroniques présentent une complexité qui dépasse les compétences d'un seul professionnel de santé. En effet, elles nécessitent *“une prise en charge coordonnée de la part de nombreux soignants”* (7). Cette approche interdisciplinaire entre ces différents professionnels est essentielle pour offrir une prise en

charge globale et coordonnée. Cette collaboration permet de développer des stratégies thérapeutiques adaptées aux besoins spécifiques de chaque patient. Cette prise en soin tient compte de ses préférences et de son mode de vie. Ainsi, la personnalisation des soins améliore l'adhésion du patient au traitement et optimise les résultats cliniques.

3. Bassin minier du Pas-de-Calais : un territoire durement touché par les maladies chroniques

Face aux conséquences multiples et aux défis importants que les maladies chroniques posent en matière d'accompagnement, certains territoires sont particulièrement vulnérables. C'est notamment le cas du bassin minier dans le Pas-de-Calais. Les données épidémiologiques révèlent une concentration élevée de maladies chroniques et des disparités territoriales marquées en matière de santé.

Ce bassin minier s'organise autour de 3 intercommunalités différentes : la Communauté d'Agglomération de Béthune-Bruay Artois Lys-Romane (CABBALR), la Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin (CALL) et la Communauté d'Agglomération d'Hénin-Carvin (CAHC).

Ce territoire est marqué par une histoire industrielle dense. Il présente des indicateurs de santé préoccupants, notamment en matière de maladies chroniques. Les données épidémiologiques révèlent une surmortalité significative sur ce territoire comparée à la moyenne nationale. En effet, la mortalité y est *“supérieure de 29 % chez les hommes et 21 % chez les femmes par rapport à la moyenne française”* (8).

Les maladies respiratoires chroniques, telles que la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), sont particulièrement répandues dans le bassin minier. Cette prévalence élevée est en partie attribuée aux expositions professionnelles passées liées à l'industrie minière. De plus, les maladies cardiovasculaires et certains cancers, notamment des voies aérodigestives supérieures, présentent des taux d'incidence et de mortalité élevés dans sur ce territoire mais aussi dans la région en général³. (9)

³ La région Hauts-de-France présente une surmortalité significative par cancers et par maladies de l'appareil circulatoire. Elle est la région métropolitaine la plus touchée, notamment en matière de mortalité prématurée, avec une surmortalité de 27,1 % pour les cancers et de 40,6 % pour les maladies circulatoires (Insee, 2013).

Les disparités territoriales en matière de santé sont également notables. Le bassin minier se distingue par une mortalité prématurée accrue et une espérance de vie à la naissance inférieure à la moyenne nationale. En effet, en France hexagonale en 2017, elle s'élevait à 85,4 ans contre 82,8 ans dans le bassin minier pour les femmes. Du côté des hommes, elle était à 79,2 ans contre 75 ans seulement (10). Ces inégalités sont souvent liées à des facteurs socio-économiques défavorables, tels que des taux de chômage élevés, une précarité économique et un accès limité aux soins de santé .

Dans ce contexte préoccupant, où les maladies chroniques pèsent lourdement sur la vie des habitants et accentuent les inégalités de santé, il devient essentiel de ne pas s'en tenir aux seuls traitements médicaux. Offrir aux patients des solutions qui prennent soin d'eux dans leur globalité est devenu une priorité. C'est dans cette perspective que l'APA trouve tout son sens. En aidant les personnes à bouger à nouveau, voire même pour la première fois, l'APA ouvre des perspectives précieuses pour mieux vivre avec la maladie.

II. Sport-santé et Activité Physique Adaptée : au coeur des enjeux de santé publique

Le sport-santé regroupe l'ensemble des pratiques physiques et sportives ayant un impact bénéfique sur la santé et le bien-être des individus. Cette thématique est en accord avec la définition de l'OMS qui la décrit comme *“un état de complet bien-être physique, mental et social”* (11). Face à la sédentarité et au manque d'activité physique, la promotion du mouvement est devenue un enjeu majeur de santé publique. La Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 s'inscrit dans cette dynamique en encourageant l'activité physique sous toutes ses formes, y compris l'APA, qui joue un rôle clé dans l'accompagnement des personnes aux besoins spécifiques. Cette approche repose sur l'expertise de professionnels formés pour adapter les exercices aux capacités et aux objectifs de chacun.

1. Comprendre l'activité physique : définitions et formes

Selon l'OMS, l'activité physique représente *“tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie”* (12). Elle se pratique de différentes manières. Dans l'esprit général, elle se traduit par la pratique d'un sport avec des exercices structurés (course à pied, vélo, natation...). Néanmoins, elle concerne également les différentes activités que l'on peut faire quotidiennement (tâches ménagères, jardinage...). En effet, l'OMS complète sa définition : *“L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, pour se déplacer d'un endroit à l'autre, sur le lieu de travail ou lors des tâches ménagères”* (12). Elle comporte trois catégories : Les activités physiques de la vie quotidienne, les exercices physiques et les activités sportives (13).

Les activités physiques de la vie quotidienne comprennent, selon la HAS, trois catégories différentes. Les *“déplacements actifs”* se traduisent par la marche au quotidien, la prise d'escaliers, la réalisation de courses alimentaires... Cela correspond aux différents déplacements nécessaires au quotidien . Ensuite, il y a les *“activités réalisées dans un contexte domestique”*. Cela passe par les tâches ménagères, le bricolage, le jardinage... Enfin, il y a les *“activités réalisées dans un contexte professionnel ou scolaire”*.

Les exercices physiques sont réalisés avec comme objectif l'amélioration ou le maintien de la capacité physique. Elle est structurée et répétitive. Cette activité ne requiert pas de matériel ni de structure spécifique et n'est pas régie par des règles.

Les activités sportives, contrairement à l'exercice physique, répondent à différentes attentes et règles. Le concept de performance est en général très développé dans le sport. Elles comprennent le sport en compétition et en club, le sport scolaire, les pratiques sportives de loisirs en individuel ou en groupe non affiliées à une association.

L'activité physique est d'ailleurs reconnue comme un déterminant majeur de santé. Elle est bénéfique pour la santé physique, mentale, le bien-être et la qualité de vie (14). L'OMS a dans ce sens mis en place un plan d'action pour l'activité physique (2018-2030) (15).

Dans un contexte où les maladies chroniques sont de plus en plus présentes, l'activité physique tend à s'adapter à ces différents publics.

2. De l'activité physique à l'activité physique adaptée

L'Activité Physique Adaptée (APA) désigne l'ensemble des pratiques physiques et sportives adaptées aux capacités et aux besoins des individus en raison de pathologies, de limitations fonctionnelles ou de situations de handicap.

Elle est encadrée légalement notamment à travers l'article D1172-1 du Code de la santé publique. Il indique que l'APA est reconnue comme une *“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”* (16).

Le cadre législatif de l'APA a été renforcé par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, qui autorise la prescription d'une activité physique adaptée par un médecin généraliste aux patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD). Ce dispositif a été introduit dans le Code de la santé publique sous l'article L. 1172-1 cité précédemment (16). La prescription médicale d'APA repose sur une approche personnalisée et progressive. Elle permet d'améliorer la condition physique mais aussi de réduire les symptômes liés aux maladies chroniques.

De plus, elle fait partie intégrante des stratégies de prévention et de traitement des maladies chroniques. En effet, cette pratique s'intègre dans le deuxième axe de la stratégie nationale Sport-Santé 2019-2024 nommé *“développer l'offre à l'activité physique adaptée (APA) à des fins thérapeutiques”* (17).

Sur le terrain, l'APA se décline en une variété d'activités physiques adaptées aux capacités et aux besoins spécifiques des patients. Ces séances peuvent avoir lieu dans des structures médicalisées (centres hospitaliers, centres de rééducation), en Maison Sport-Santé, dans des associations, ou encore en établissements médico-sociaux. Les exercices proposés sont choisis en fonction des objectifs thérapeutiques : renforcement musculaire doux, travail de l'équilibre, exercices cardio-respiratoires modérés, activités

d'endurance comme la marche ou la natation, ou encore des pratiques corporelles douces comme le yoga adapté.

L'APA se distingue des activités physiques classiques en ce qu'elle est encadrée par des professionnels formés spécifiquement pour adapter les exercices aux capacités des patients.

3. L'APA et ses acteurs : une approche pluridisciplinaire

L'APA repose sur une approche pluridisciplinaire. Elle implique différents acteurs de différents domaines.

Le médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, est le principal acteur dans la prescription de l'APA. Dans un premier temps, son rôle est d'évaluer l'état de santé de son patient. Ensuite, il identifie ses besoins et termine par l'orienter vers des professionnels qualifiés. Selon le décret du 30 décembre 2016, il doit préciser sur l'ordonnance : la nature des limitations fonctionnelles du patient, les objectifs de l'activité physique et les éventuelles précautions à prendre (16).

L'Activité Physique Adaptée s'inscrit alors dans une logique de personnalisation et de progressivité. De plus, elle va tenir compte du niveau d'altération fonctionnelle des patients. Ce niveau, déterminé par le médecin, conditionne le type d'encadrement nécessaire. Il oriente donc le choix du professionnel intervenant auprès du patient. On distingue ainsi quatre niveaux d'intervention (18):

- Niveau 1 : Limitation fonctionnelle sévère, où seuls les professionnels de santé interviennent
- Niveau 2 : Limitation modérée, sous la supervision d'un enseignant en APA
- Niveau 3 : Limitation minime, où l'enseignant en APA ou l'éducateur sportif formé prend le relais
- Niveau 4 : Absence de limitation, où le patient rejoint les activités physiques de droit commun encadrées par un éducateur sportif formé ou un bénévole formé

Ces différents niveaux progressifs garantissent ainsi sécurité et adaptation tout au long du parcours APA.

Pour accompagner les médecins dans la prescription de l'APA et l'orientation, de nombreux outils et dispositifs ont été développés. Le médecin peut s'appuyer sur deux types de ressources principales. Les guides de la HAS offrent des recommandations claires, des fiches pratiques par pathologie et des outils d'aide à la prescription qui permettent au médecin de structurer sa démarche et d'adapter l'APA à chaque patient (13). Par ailleurs, les outils numériques comme SportSantéClic ou Médicosport-Santé (19) permettent de générer rapidement des ordonnances personnalisées, de choisir le type d'activité adapté et de localiser les structures sport-santé proches. Cela permet une simplification du processus pour le médecin et le patient. Grâce à ces ressources, la prescription d'APA devient plus simple et sécurisée.

Une fois les patients orientés, la mise en œuvre de l'APA est assurée par différents professionnels. Toujours selon le décret du 30 décembre 2016 (8), ces professionnels peuvent être des Enseignants en Activité Physique Adaptée (EAPA), des kinésithérapeutes ou d'autres professionnels de santé habilités.

Les EAPA contribuent à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes confrontées à des limitations quelques soient leurs types. Selon le Référentiel d'Activité et de Compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée, ces professionnels sont formés pour *"concevoir, conduire et évaluer des programmes d'intervention en APA"* (20). Ces programmes visent notamment à prévenir, rééduquer, réadapter ou réinsérer socialement les individus concernés.

Ces professionnels sont issus d'une Licence en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) avec une spécialisation en APA-Santé. Leur formation leur confère des compétences spécifiques pour adapter les activités physiques aux besoins et capacités de chaque patient. Ils sont ainsi capables d'évaluer les capacités physiques, fonctionnelles, cognitives et sociales des personnes.

Les enseignants en APA collaborent étroitement avec les équipes médicales et paramédicales. Ils interviennent sous prescription ou autorisation médicale. Leur expertise permet de *"mettre en place des interventions sécuritaires et adaptées"*. Cette approche

permet alors de prévenir certaines complications liées à leur maladie mais aussi au maintien de leurs capacités fonctionnelles.

On distingue bien les EAPA des éducateurs sportifs ayant uniquement un brevet professionnel. Ces derniers interviennent uniquement auprès de patient sans limitations fonctionnelles majeures (Niveau 3 ou 4). En effet, l'article *Comprendre l'activité physique dans la maladie chronique : proposition d'un cadre théorique d'analyse* indique bien que *"pour un niveau de limitation fonctionnelle sévère, l'enseignant en APA est le seul professionnel spécialisé dans le domaine des APS à pouvoir intervenir en dehors des professionnels paramédicaux"* (21).

Par ailleurs, les masseurs-kinésithérapeutes ont une place importante dans l'APA, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques avec des limitations sévères. Dans ce cadre, les kinésithérapeutes sont formés à *"développer des pratiques thérapeutiques personnalisées, en s'appuyant sur des techniques manuelles, des exercices thérapeutiques et des méthodes de rééducation"* (22).

Au même titre que les kinés, d'autres professionnels de santé comme les ergothérapeutes et psychomotriciens sont habilités à cette prise en charge en APA. Chacun apporte son expertise spécifique pour répondre aux besoins des patients. Les premiers aident à maintenir l'autonomie en adaptant l'activité physique au quotidien des patients, tandis que les seconds agissent sur les troubles psychomoteurs. Cela se manifeste par la proposition d'activités qui favorisent la coordination et le bien-être.

L'Activité Physique Adaptée repose donc sur une approche pluridisciplinaire, où chaque professionnel intervient selon sa spécialité pour répondre aux besoins spécifiques du patient. Comme le souligne le décret du 31 décembre 2016, l'APA est *"adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient"*. De plus, l'article de Mino et al. souligne que (21) : *"Plus le niveau de limitation fonctionnelle est élevé, plus l'expertise de l'intervenant doit être importante"*. Ainsi, chaque professionnel contribue à l'APA en fonction de son domaine d'expertise. Cela permet une approche personnalisée et efficace pour le patient.

Un travail en réseau est donc nécessaire entre médecins, kinésithérapeutes, enseignants APA et autres professionnels pour assurer une prise en charge globale du patient. Le programme Sport Santé et sa stratégie associée visent à renforcer cette collaboration.

III. L'APA dans le parcours de soin de personnes atteintes de maladies chroniques

L'Activité Physique Adaptée (APA) est aujourd'hui reconnue comme un levier thérapeutique efficace dans la prise en charge des maladies chroniques. Cependant, son intégration dans le parcours de soins reste limitée.

1. L'APA : une thérapie non médicamenteuse aux bénéfices prouvés

L'APA est reconnue aujourd'hui comme une intervention non médicamenteuse⁴ à part entière, avec des bénéfices cliniquement prouvés depuis 2011 par la HAS (23).

Premièrement, prenons par exemple les personnes atteintes d'un cancer. L'APA a son rôle à jouer pour ces personnes. Selon l'étude de Ninot et al. (24), l'activité physique adaptée présente des bénéfices avérés à la fois *“pendant et après les traitements”*. En phase de traitement, elle permet de *“réduire les symptômes induits par les traitements et le cancer comme la fatigue, les douleurs, les nausées, les troubles du sommeil, les lymphœdèmes et les neuropathies”*. Après les traitements, l'APA favorise la récupération et contribue à *“diminuer le risque de récurrences”*.

Pour les maladies cardiovasculaires, comme l'insuffisance cardiaque, l'activité physique *“améliore les capacités cardiorespiratoires, la force musculaire, la qualité de vie et réduit le nombre de réhospitalisations”* (25). Concernant les patients faisant suite à un accident vasculaire cérébral (AVC), on retrouve les mêmes aspects bénéfiques (25).

Par ailleurs, chez les patients diabétiques (de type 1 ou 2), l'APA apporte de nombreux bénéfices à la fois métaboliques et cardiovasculaires. En effet, elle favorise la sensibilité à l'insuline contribuant ainsi à mieux équilibrer la glycémie. De plus, cela va entraîner une *“diminution du risque de maladies cardiovasculaires et d'hypertension artérielle”* (26), deux comorbidités fréquentes chez les personnes diabétiques. Elle contribue également à *“réduire les graisses abdominales”* (26) et favorise le *“maintien ou la perte de poids”* (26). Enfin, l'exercice a un impact positif sur le profil lipidique. Elle entraîne *“une diminution du*

⁴ Une intervention non médicamenteuse (INM) désigne une approche thérapeutique non pharmacologique qui permet de prévenir, traiter ou accompagner une pathologie.

taux de mauvais cholestérol (LDL) et une augmentation du taux de bon cholestérol (HDL)” (26).

L'activité physique connaît également des effets bénéfiques dans les maladies respiratoires chroniques comme la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) ou l'asthme (25). Intégrée notamment dans les programmes de réadaptation respiratoire, elle permet d'améliorer à la fois les capacités physiques et la qualité de vie des patients. Pour cette première pathologie, des études ont montré une *“amélioration de la tolérance générale”* (25) notamment en termes de force et d'endurance. La dyspnée, autrement dit l'essoufflement quotidien, est également réduite. Ces bénéfices entraînent ainsi une *“baisse du nombre d'hospitalisations et de leurs durées”* et *“leur récupération est plus rapide”* (25). Quant à l'asthme, de nombreux bénéfices apparaissent aussi comme une *“amélioration de l'aptitude physique aérobie, de l'endurance et de la capacité d'exercice”* (25). De plus, on perçoit une *“diminution du risque de bronchospasme post-exercice et de l'hyperréactivité bronchique”* (25).

Au-delà des effets physiques et quelque soit la maladie, l'activité physique offre aussi des bénéfices psychologiques importants. Elle contribue à réduire le stress et l'anxiété et à renforcer la confiance en soi. La qualité de sommeil est également favorisée grâce à ces AP. Cela améliore donc le bien-être général (26). Une des études citées précédemment (24) souligne un *“impact significatif d'un programme en APA sur la qualité de vie liée à la santé, sur l'estime de soi sur le plan corporel et sur les symptômes anxio dépressifs”*, des aspects qui accompagnent en général les maladies chroniques.

Un autre aspect fondamental de l'APA réside dans sa capacité à améliorer l'observance thérapeutique. Elle permet l'instauration d'une routine saine et donne aux patients un sentiment d'implication actif dans leur traitement. L'étude de Ma et al. (27) souligne que l'APA permet d'améliorer l'adhésion aux recommandations médicales et d'encourager des comportements de santé durables. Ces effets sont d'autant plus marqués lorsque les programmes d'APA sont individualisés et adaptés aux capacités et préférences des patients. Comme le rappellent Ninot et al. (24), *“des programmes d'APA ciblés sont devenus de véritables alliés des traitements réduisant leurs effets secondaires, potentialisant leur efficacité et diminuant le risque de récurrence”*. L'APA ne se limite donc pas à une simple amélioration des capacités physiques. Elle constitue un véritable levier thérapeutique dans sa globalité. Elle agit autant sur le plan physiologique, fonctionnel que

psychosocial. Ces résultats renforcent la place centrale de l'APA dans la prise en charge des pathologies chroniques, en complément des traitements médicaux conventionnels.

Ainsi, l'APA apparaît comme un véritable outil thérapeutique, mais elle souffre encore d'un manque de reconnaissance institutionnelle qui limite son déploiement auprès des patients.

2. Des obstacles à la reconnaissance de l'APA dans le système de soins

Si l'APA est reconnue aujourd'hui comme un outil thérapeutique, elle n'est pas encore pleinement intégrée dans le système de soins, contrairement aux traitements médicamenteux par exemple. Elle souffre encore d'un manque de légitimité institutionnelle. En effet, elle n'est pas considérée comme un soin à part entière par une majorité d'acteurs médicaux et de patients.

Ce déficit de reconnaissance se répercute directement sur son accessibilité. En effet, le financement de l'APA reste insuffisant et l'absence de prise en charge financière systématique constitue un frein majeur à son déploiement.

La législation⁵ avec notamment le dispositif "*Sport sur ordonnance*" constitue donc une avancée importante en France. Cependant, il ne s'agit pas d'une prescription remboursée par l'Assurance maladie. Cela limite donc son accessibilité. Cela représente un frein d'autant plus important que les patients atteints de maladies chroniques, ayant l'habitude d'une prise en charge à 100 %, peuvent difficilement comprendre ou accepter d'avoir à financer eux-mêmes un soin prescrit dans le cadre de leur parcours thérapeutique.

Malgré ce non-remboursement, il existe par exemple des subventions des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, des crédits des Agences Régionales de Santé (ARS), des aides locales ou encore des complémentaires santé qui peuvent soutenir les personnes en nécessitant (28). Toutefois, ces financements demeurent souvent ponctuels et variables selon les territoires. Ils demeurent généralement insuffisants pour garantir un accès équitable à l'ensemble de la population.

⁵ 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

Il existe néanmoins quelques expérimentations, comme le remboursement temporaire pour certains patients atteints de cancer (29). Celle-ci est apparue dans la loi du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 et concerne seulement quelques régions. Malgré tout, la généralisation du *“sport sur ordonnance”* n’a pas encore abouti à une prise en charge nationale et pérenne. Ce manque de financement limite l’accessibilité de l’APA, en particulier pour les publics les plus fragiles qui n’ont pas forcément les moyens de la pratiquer.

Ce manque de reconnaissance institutionnelle de l’APA ne se limite pas à un simple enjeu financier ou organisationnel : il impacte directement la pratique des médecins généralistes. En effet, cette absence de statut clair et de prise en charge pérenne freine leur engagement dans la prescription d’APA, malgré leur rôle central dans le suivi des patients chroniques. Ainsi, les difficultés liées à l’accessibilité et au financement de l’APA se traduisent par des réticences et des obstacles concrets rencontrés par les médecins sur le terrain.

3. Les freins à la prescription d’APA par les médecins généralistes

Ce manque de reconnaissance a également des répercussions concrètes sur le terrain. Comme l’indique l’étude de Croquin et al., *“il existe à ce jour peu de médecins prescripteurs d’APA en France”* (30). Pourtant au cœur du suivi des patients chroniques, les médecins rencontrent plusieurs freins à la prescription.

Un des freins principaux à la prescription d’APA chez les médecins généralistes réside dans le manque de connaissances spécifiques à ce sujet et par conséquent, un manque de formation. Cela concerne tant l’adaptation de l’activité à la pathologie que sur l’évaluation des risques pour chaque patient. Une étude a été réalisée auprès de 291 médecins généralistes dans le Pas-de-Calais (31). Elle a révélé que plus de 40 % d’entre eux ne connaissent pas les recommandations officielles en matière d’activité physique. Toujours dans cette étude, la moitié des médecins ont estimé également ne pas avoir les compétences nécessaires pour prescrire efficacement de l’activité physique adaptée. Dans ce but, il existe de nombreuses recommandations des instances publiques. Elles

permettent de fournir un cadre général de référence. Néanmoins, celui-ci semble trop théoriques et *“ne se traduisent pas pour les soignants en normes effectives de pratique”* (32). Par ailleurs, la crainte des risques et des conséquences d’une pratique physique inadaptée peut justifier l’absence de prescription. Les médecins souhaitent avant tout garantir la sécurité de leurs patients. Ces freins peuvent s’expliquer notamment par la formation initiale en médecine qui consacre encore peu de place aux thérapeutiques non médicamenteuses. De plus, la formation continue sur ce sujet repose souvent sur une démarche individuelle du praticien.

Par ailleurs, certains médecins ne seraient pas contre prescrire de l’APA mais ils manquent de visibilité et d’informations sur son offre locale. Ils expriment une difficulté à identifier les structures ou les professionnels compétents vers lesquels orienter leurs patients. Selon une étude réalisée en Picardie, 67 % des médecins qui n’ont pas recours à la prescription d’APA évoquent un manque d’accompagnement et d’information sur l’offre disponible sur leur territoire (33). Cette méconnaissance limite leur capacité à proposer un parcours sécurisé et adapté à leurs patients.

Un autre frein, moins souvent évoqué mais tout aussi structurant, tient aux représentations sociales des médecins généralistes. Certains patients atteints de maladies chroniques exercent des professions physiquement exigeantes. Or, certains praticiens peuvent considérer qu’ils sont *“déjà suffisamment actifs”* du fait de leur travail, et négligent de leur proposer une activité physique adaptée et encadrée. Cela conduit à restreindre le message de promotion de l’APA à certains profils de patients, souvent issus de classes sociales plus favorisées. Ces préjugés participent à des inégalités d’accès à cette thérapeutique non médicamenteuse.

L’absence de remboursement par l’Assurance maladie, comme évoqué précédemment, constitue un frein supplémentaire, tant pour les médecins que pour les patients. Beaucoup de praticiens estiment que la prescription d’APA serait facilitée si une cotation spécifique et un financement dédié existaient.

Le temps limité des consultations, souvent monopolisé par la gestion des pathologies multiples et des traitements médicamenteux, laisse peu de place à l’évaluation fonctionnelle, à la promotion de l’APA mais aussi aux différents messages de prévention

en général. Les médecins estiment que la prescription et le suivi de l'activité physique adaptée nécessiteraient des consultations plus longues et mieux valorisées (32).

Enfin, la motivation des patients représente un défi supplémentaire pour les médecins. Certains patients sont peu enclins à modifier leurs habitudes, ou perçoivent l'activité physique comme secondaire par rapport à leurs traitements habituels. Les médecins signalent que, sans accompagnement ou relais adapté, il est difficile de susciter une réelle adhésion à la pratique de l'APA (32).

La HAS a déterminé, quant à elle, cinq freins à la prescription en France (34) : Une méconnaissance des effets de l'activité physique sur la santé, des craintes sur les risques d'incidents cardiovasculaires graves liés à la pratique de l'exercice, l'absence de recommandations claires sur les modalités de consultation et de prescription médicale de l'activité physique, le manque de parcours de soins structurés et pluriprofessionnels spécifiquement dédiés à la prescription d'activité physique, et le coût restant à la charge du patient pour l'activité physique prescrite.

IV. Les Maisons Sport-Santé : un dispositif structurant du Sport-Santé

Les Maisons Sport-Santé constituent une initiative récente visant à promouvoir l'activité physique comme levier de prévention et de prise en charge des maladies chroniques.

1. Origine et missions des Maisons Sport-Santé

Comme l'indique une étude de L'Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire (INJEP) (37), *“les Maisons sport-santé sont des structures qui réunissent des professionnels de santé et du sport travaillant sur les activités physiques et sportives à des fins d'amélioration de la santé et de prévention des maladies chroniques”*.

Les Maisons Sport-Santé ont été créées en 2019 dans le cadre de la Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024 (17). C'est une initiative conjointe des ministères des Sports et de la Santé. Leur création répond à une double problématique : la lutte contre la sédentarité mais aussi la promotion de l'activité physique comme outil de prévention et de traitement des maladies chroniques.

À leur création en 2019, les Maisons Sport-Santé ont été labellisées par l'État afin de reconnaître leur rôle dans la promotion de l'activité physique à visée de santé. Cependant, ce dispositif a évolué. La labellisation a été remplacée par une habilitation administrative⁶. Celle-ci est délivrée pour une durée de cinq ans, conjointement par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé et le recteur de région académique, sous réserve du respect d'un cahier des charges national (35). Cette évolution permet de garantir un niveau d'exigence plus élevé, notamment en matière de qualité des intervenants, de coordination territoriale et de viabilité des structures (36).

Le réseau des MSS a connu un développement rapide. De 138 structures labellisées en 2019, elles sont passées à 573 en 2023, *“dépassant l'objectif initial de 500 structures, soit en moyenne six structures par département”* (37). Ce déploiement important a été rendu possible grâce à un soutien financier croissant de l'État, avec *“un financement du ministère des Sports à hauteur de 4,2 millions d'euros en 2022”* et *“12 millions d'euros annoncés pour 2024”*. (38)

Les Maisons Sport-Santé permettent un changement d'approche. Selon Oualhaci, *“la création des MSS témoigne d'une volonté de l'État d'amorcer une transition d'un modèle de soin curatif, dominant en France, à un modèle de soin préventif et non médicamenteux dans la prise en charge et le traitement des pathologies”* (37). Dans ce sens, elles jouent un rôle important dans la prévention dans ses trois distinctions. En effet, l'article de Bouttet et al. indique que *“une MSS vise à favoriser l'accompagnement de tous les publics vers l'activité physique et peut produire des actions en prévention primaire, secondaire et tertiaire”*. (39)

La prévention primaire permet d'éviter l'apparition des maladies avec une pratique régulière d'une activité physique. Elle permet également de sensibiliser la population aux

⁶ Décret n° 2023-170 du 8 mars 2023 relatif à l'habilitation des maisons sport-santé

bienfaits du sport sur la santé. Les MSS proposent des actions d'information et des parcours d'initiation destinés aux personnes sédentaires ou en situation de vulnérabilité.

La prévention secondaire s'adresse, quant à elle, aux individus à risque ou présentant des signes précurseurs de maladies chroniques. Dans ce cadre, les MSS facilitent le diagnostic précoce et orientent ces personnes vers des programmes d'APA afin de limiter la progression des pathologies.

Enfin, la prévention tertiaire est destinée aux patients atteints de maladies chroniques. Elle a pour objectif de réduire leurs complications et d'améliorer leur qualité de vie. Les MSS accompagnent ces patients par des programmes personnalisés. Ils contribuent ainsi à leur autonomie et à leur bien-être.

L'objectif principal des Maisons Sport-Santé est donc de *“permettre aux publics éloignés de l'activité physique et sportive de commencer ou de reprendre une activité physique adaptée, sécurisée et encadrée par des éducateurs professionnels formés aux activités physiques adaptées”* (37). L'article de l'INJEP évoque notamment quatre missions principales aux MSS : *“accueillir le public souhaitant pratiquer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, indépendamment de leur âge ; le renseigner sur les offres de pratiques disponibles localement ; l'informer et le conseiller sur les bienfaits de l'activité physique et sportive ou adaptée ; enfin, l'orienter vers des professionnels qualifiés”*.

Dans ce sens, les Maisons Sport-Santé s'adressent à un large public. Selon l'arrêté du 25 avril 2023, elles ont pour mission d'accueillir *“toutes les personnes souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, quel que soit leur âge, leur état de santé ou de fragilité”* (40). Elles concernent donc aussi bien les personnes en bonne santé que celles présentant des besoins spécifiques.

Plus particulièrement, les MSS ciblent les personnes souffrant d'affections de longue durée ou de maladies chroniques, celles présentant des facteurs de risque, ainsi que les personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie liée au vieillissement. Pour ces publics, une activité physique adaptée, prescrite par un professionnel de santé, peut être proposée dans le cadre d'un accompagnement personnalisé.

Le maillage territorial est un enjeu fort pour ce dispositif. Les MSS sont aujourd'hui réparties sur tout le territoire national, avec une attention particulière portée aux zones prioritaires comme les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)⁷ ou les zones de revitalisation rurale (ZRR)⁸. En 2021, on comptait 57 MSS en QPV et 29 en ZRR. Cette répartition territoriale permet de renforcer l'équité d'accès à l'activité physique. (37)

Les MSS présentent également une grande diversité en termes de statuts juridiques. Elles sont soit des associations, soit portées par des *“sociétés commerciales, collectivités territoriales, établissements publics de santé ou plateformes numériques”* (37). Certaines peuvent être aussi *“itinérantes”*. Cela permet une meilleure couverture dans les zones rurales ou enclavées. De plus, leur logique de réseau *“s'appuient sur la mise en réseau d'acteurs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires”* (37). Elles regroupent un large éventail d'acteurs tels que les *“éducateurs sportifs et enseignants en activité physique adaptée, directions de la prévention et de la promotion de la santé des agences régionales de santé, Délégations Régionales Académiques à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports (DRAJES), médecins, centres hospitaliers, infirmières, nutritionnistes, collectivités territoriales, ...”* (37). Ainsi, cette logique permet à tous d'accéder à une activité physique adaptée.

En termes d'organisation, une grande majorité des MSS adoptent un modèle commun centré autour d'un *“programme passerelle”*, souvent limité à 12 séances. Ce dispositif concerne principalement les personnes les plus éloignées de l'activité physique, notamment pour des raisons de santé, d'âge, de handicap, ou de précarité sociale. Il s'agit d'un accompagnement structuré et temporaire, dont l'objectif est clair : *“rendre les usagers du sport-santé autonomes”* (41). Durant cette période, les participants bénéficient d'un encadrement par des professionnels qualifiés, et peuvent s'initier à diverses disciplines adaptées à leur condition comme la marche nordique, le basket-santé, le rugby-santé, le renforcement musculaire doux, l'aviron... À l'issue de ce parcours, les MSS assurent un suivi des participants, comme le demande le cahier des charges ministériel. Cela permet de maintenir une dynamique de pratique, mais aussi d'évaluer l'impact du programme sur la santé des participants.

⁷ Les QPV désignent des territoires urbains caractérisés par une concentration de difficultés sociales et économiques.

⁸ Les ZRR, à l'inverse des QPV, concernent des zones rurales fragiles en termes démographiques et d'accès aux services. Ces deux dispositifs ciblent les politiques publiques d'égalité des chances et d'accès à la santé.

Concernant les modalités de financement, les activités physiques proposées par les MSS sont le plus souvent payantes, bien que les tarifs varient considérablement en fonction du statut de la structure (publique, associative, ou privée lucrative). D'après l'enquête, *“les coûts d'inscription à l'année s'évaluaient par exemple de 65 euros à 255 euros”* (37). Toutefois, les MSS restent sensibles aux difficultés économiques rencontrées par une partie de leur public. Certaines MSS parviennent à proposer des programmes totalement gratuits grâce à des financements spécifiques (collectivités, ARS, fondations, etc.). Néanmoins, ces financements sont souvent conditionnés à des critères stricts, ce qui oblige les structures à faire entrer les patients dans des cases administratives pour pouvoir les en faire bénéficier.

2. Un rôle clé dans le parcours des patients atteints de maladies chroniques

Au-delà de leur mission de promotion de l'activité physique auprès du grand public, les MSS jouent un rôle particulièrement stratégique dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques. Elles offrent des solutions concrètes et adaptées pour favoriser la reprise d'une activité physique, souvent essentielle dans la gestion de ces pathologies.

Dès l'accueil, comme le demande le cahier des charges des Maisons Sport-Santé, les MSS se doivent *“d'assurer la mise en place [...] des bilans comprenant une évaluation de la condition et des capacités physiques, un bilan motivationnel [...] afin de proposer un programme sport-santé personnalisé pour chaque personne”* (40). Ce premier entretien motivationnel et le bilan de condition physique permettent d'identifier les besoins, les freins, les attentes et le niveau de motivation du patient. Ainsi, ce diagnostic partagé aboutit à la construction d'un parcours individualisé qui intègre des séances d'APA encadrées par des professionnels qualifiés ou une orientation vers des structures partenaires adaptées à la situation de santé du patient.

Les MSS assurent également une fonction de médiation essentielle entre le secteur médical et le secteur sportif. Comme le souligne une étude de l'INJEP, *“le sport-santé a pu*

opérer une mise en commun inédite de compétences au croisement de ces deux champs, conduisant à des collaborations et à une meilleure compréhension mutuelle entre les différents professionnels” (37). Cette coordination favorise la continuité du suivi, notamment pour les patients bénéficiant d’une prescription médicale d’activité physique adaptée, et garantit que les recommandations du médecin sont bien prises en compte dans la mise en œuvre des séances.

Un autre aspect clé du rôle des MSS réside dans l’accompagnement à la motivation et à l’autonomisation des patients. Toujours selon le cahier des charges, les MSS *“accompagnent les patients engagés dans des programmes d’APA tout au long de leur parcours, au travers d’un suivi régulier, afin de soutenir leur motivation et préparer leur sortie du programme vers une pratique régulière autonome et durable” (40).* Les MSS mettent alors en place des outils de suivi et de relance, tels que des appels téléphoniques ou des bilans à intervalles réguliers, afin de prévenir l’abandon et de renforcer l’adhésion à la pratique (41).

Les MSS s’attachent également à lever les obstacles sociaux, financiers ou psychologiques à la pratique d’une activité physique. De plus, elles développent des actions spécifiques pour les personnes en situation de handicap, de précarité ou d’isolement, ce qui contribue alors à réduire les inégalités d’accès à la santé par le sport.

En somme, les Maisons Sport-Santé s’imposent comme des acteurs incontournables du parcours de soin des patients chroniques. Elles offrent un accompagnement global, coordonné et évolutif, qui va bien au-delà de la simple prescription d’activité physique. Au-delà du rôle central des MSS, d’autres initiatives innovantes viennent compléter ce dispositif.

3. Initiatives complémentaires : *“MSP en Mouvement”* et autres dispositifs innovants

Si les MSS constituent le pilier institutionnel du sport-santé en France, leur réussite repose aussi sur la capacité à créer du réseau avec d’autres acteurs du territoire. Dans cette

dynamique, des dispositifs complémentaires émergent pour renforcer le maillage local et faciliter l'intégration du sport-santé dans les parcours de soins. Ces projets répondent notamment à la nécessité d'améliorer la coordination entre professionnels de santé et structures sportives et de lever les freins logistiques et organisationnels identifiés sur le terrain.

Le projet *“MSP en Mouvement”* (42), porté par la Fédération des Maisons de Santé (FEMAS) Hauts-de-France⁹, s'inscrit pleinement dans cette logique de renforcement des synergies territoriales. Son objectif principal est de développer un réseau régional structuré de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) engagées dans la promotion de l'activité physique adaptée.

Concrètement, ce projet vise à favoriser la mise en place de partenariats médico-sportifs entre les MSP et les MSS, mais aussi avec des associations et clubs sportifs locaux. L'idée centrale est de faciliter la conception de parcours de mise à l'activité physique adaptée sur prescription médicale pour les patients. Cela s'appuie sur des circuits courts et des ressources déjà présentes sur le territoire. Ce dispositif permet ainsi aux professionnels de santé d'orienter rapidement et facilement leurs patients vers des structures sportives adaptées. Ainsi, l'accès au sport-santé est plus simple et plus opérationnel. L'intérêt majeur de ce projet réside dans sa capacité à fluidifier le parcours sport-santé : de l'identification du patient à la prescription médicale, jusqu'à son orientation et son suivi dans des structures adaptées. Cette initiative s'inscrit également dans la dynamique nationale de promotion du *“sport sur ordonnance”*.

En parallèle des Maisons Sport-Santé et du projet *“MSP en Mouvement”*, d'autres initiatives régionales et nationales enrichissent l'écosystème sport-santé et témoignent d'une dynamique collective forte en faveur de l'activité physique adaptée. Parmi ces dispositifs, le réseau Prescri'Bouge (43), lancé en Occitanie, se distingue par sa volonté de centraliser et de rendre plus accessible l'offre d'APA. Ce réseau propose une cartographie précise des structures sport-santé locales. L'orientation des patientes par les professionnels de santé est ainsi facilitée. Le projet s'appuie également sur des formations régulières pour renforcer les compétences des acteurs de terrain en matière de prescription et de suivi des parcours sport-santé. Autre exemple notable : le programme

⁹ La FEMAS Hauts-de-France est une association de professionnels de santé créée en 2018, issue de la fusion de deux fédérations régionales existant depuis 2011. Elle promeut l'exercice coordonné pour améliorer le travail en équipe et le parcours de soins du patient.

PEPS (Programme d'Éducation Physique et Sportive Santé) (44). Développé dans plusieurs régions françaises, il cible les patients atteints de maladies chroniques. Ce programme combine des séances d'APA encadrées par des professionnels qualifiés et un accompagnement éducatif sur les bienfaits de l'activité physique. Le but est d'inscrire durablement la pratique dans le quotidien des patients.

Ces projets, bien que différents dans leur structuration, partagent tous un même objectif : lever les freins à la pratique et proposer une offre sport-santé qualitative et accessible.

V. Problématique et cadre de recherche

La promotion de l'activité physique adaptée par les Maisons Sport-Santé s'est imposée ces dernières années comme un levier important pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Leur objectif est de faciliter l'accès des patients à des programmes d'APA sécurisés et encadrés par des professionnels qualifiés. Toutefois, malgré un déploiement massif de ces structures sur l'ensemble du territoire français, leur intégration effective dans les parcours de soins demeure inégale.

L'un des enjeux centraux identifiés réside dans la coordination entre les MSS et les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, qui jouent un rôle pivot dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques. Cette coordination est pourtant souvent entravée par des freins organisationnels (absence de protocoles clairs), humains (méconnaissance mutuelle des rôles et compétences) et communicationnels (manque d'outils ou de relais d'information).

Dans la région des Hauts-de-France, et plus particulièrement dans le bassin minier du Pas-de-Calais, ces défis sont exacerbés par des disparités socio-territoriales marquées, un contexte où la prévalence des maladies chroniques est particulièrement élevée. Dès lors, comprendre les mécanismes qui sous-tendent cette collaboration MSS-médecins généralistes devient nécessaire pour renforcer l'efficacité des dispositifs sport-santé et améliorer la santé publique dans ces territoires vulnérables.

La question de recherche qui guide ce mémoire est la suivante : Comment surmonter les freins et mobiliser les leviers pour améliorer la coordination entre les Maisons Sport-Santé

et les médecins généralistes dans la prise en charge des maladies chroniques, en particulier dans le contexte du bassin minier du Pas-de-Calais ?

Pour tenter de répondre à cette question, plusieurs hypothèses de travail ont été formulées :

- Les Maisons Sport-Santé sont encore perçues par une majorité de médecins généralistes comme des structures périphériques au système de soins, plutôt que comme de véritables partenaires intégrés dans un parcours de santé coordonné.
- Les différences dans les structures organisationnelles et les processus de communication entre MSS et professionnels de santé constituent un frein important à une collaboration efficace.
- Les médecins exerçant en coordination (au sein de Maisons de santé pluriprofessionnelles, par exemple) collaborent plus facilement avec les MSS que ceux exerçant seuls, grâce à des réseaux déjà existants.

Afin de répondre à la question de recherche et de tester les hypothèses formulées, il est nécessaire de mettre en place une démarche méthodologique adaptée. Cela va permettre d'identifier les freins et les leviers à la coordination entre Maisons Sport-Santé et médecins généralistes. La section suivante présentera donc le cadre méthodologique retenu pour ce mémoire. Elle présentera les choix relatifs au type de recherche, aux outils de collecte de données, au terrain d'enquête ainsi qu'aux modalités d'analyse, dans le but d'atteindre les objectifs définis précédemment.

PARTIE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE

I. Méthodologie

Après avoir effectué les recherches bibliographiques et défini une problématique en cohérence avec mon sujet, j'ai établi une question de recherche ainsi que des hypothèses.

Afin de m'aider à y répondre, j'ai créé un guide d'entretien me permettant de mener au mieux les entretiens avec les différents professionnels. Cet entretien me permet de recueillir diverses informations à travers les questions posées du guide d'entretien et de pouvoir les analyser par la suite.

L'objectif de l'étude est d'explorer les perceptions, pratiques et attentes des professionnels de santé concernant les MSS dans la gestion des maladies chroniques.

II. Outil de recueil de données

1. Choix de l'outil

J'ai opté pour une recherche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs. Contrairement à une enquête quantitative par questionnaire, cette méthode permet de laisser place à l'expression libre des professionnels et d'adapter les échanges en fonction de leurs discours. Elle est particulièrement adaptée à l'exploration de représentations, de pratiques et de freins complexes, qui ne peuvent être réduits à des réponses fermées. Cette méthode offre également une plus grande richesse d'analyse grâce à la prise en compte des éléments non verbaux.

Le faible nombre de Maisons Sport-Santé implantées sur le territoire étudié rendait également difficile la constitution d'un échantillon suffisamment large pour une étude quantitative. Ainsi, les entretiens m'ont permis de cibler des profils pertinents et de recueillir des données approfondies sur leurs pratiques et perceptions.

J'ai estimé que six entretiens constituaient un minimum nécessaire pour assurer une diversité de points de vue. Finalement, 6 entretiens ont été réalisés auprès de 4 médecins généralistes et 2 professionnels du sport-santé. Un troisième entretien était prévu avec un autre professionnel d'une Maisons Sport-Santé mais il a été annulé sans pouvoir être reprogrammé. Ces 6 entretiens m'ont malgré tout permis d'atteindre une certaine saturation des données tout en diversifiant les profils interrogés.

2. Choix des participants

Pour répondre aux objectifs de ce mémoire, les participants ont été sélectionnés selon des critères précis afin de garantir la pertinence des données recueillies.

L'étude cible principalement :

- Les médecins généralistes : Ils constituent, avec les spécialistes, les premiers prescripteurs potentiels d'Activité Physique Adaptée dans le cadre du dispositif et représentent la porte d'entrée de l'APA au sein du parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques. Leur perception, leurs pratiques et les freins qu'ils rencontrent sont donc centraux pour la problématique de cette recherche.
- Les professionnels de Maisons Sport-Santé : Cela peut être des enseignants APA, des éducateurs médico-sportifs ou encore des coordinateurs de Maisons Sport-Santé. Ces acteurs sont directement impliqués dans la mise en œuvre des prescriptions d'APA et l'accompagnement des patients au sein des Maisons Sport-Santé.

Les critères d'inclusion et de non inclusion sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Critères d'inclusion et de non-inclusion des participants à l'étude

	Médecins généralistes	Professionnels MSS
Critères d'inclusion	- Exerçant dans le bassin minier du Pas-de-Calais - Exerçant en cabinet libéral seul - Exerçant en exercice coordonné - Ayant plus de 2 ans d'exercice - Volontaires pour participer à un entretien semi-directif - Parlant la langue française	- Exerçant dans une Maison Sport-Santé située dans le bassin minier du Pas-de-Calais - Occupant un poste de coordinateur MSS ou d'enseignant APA - Volontaires pour participer à un entretien semi-directif
Critères de non-inclusion	- Médecins en exercice exclusivement hospitalier ou en centre de soins non ambulatoire - Médecins exerçant en dehors du bassin minier du Pas-de-Calais - Médecins remplaçants ou en fin d'internat	- Professionnels travaillant dans des structures d'APA sans labellisation MSS - Professionnels exerçant hors du bassin minier du Pas-de-Calais - Stagiaires, alternants ou personnels en formation - Professionnels n'ayant rejoint la MSS que très récemment (moins de 3 mois)

3. Démarche de recrutement des participants

Les participants ont été recrutés par le biais d'une approche volontaire qui a mobilisé plusieurs canaux de diffusion. Une prise de contact directe a été effectuée par courriel ou téléphone auprès de structures et des professionnels préalablement identifiés. Des coordinateurs de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ont également été sollicités afin de relayer l'appel à participation au sein de leurs équipes. Par ailleurs, les recommandations entre pairs ont permis d'enrichir le recrutement selon un effet de "boule de neige". Enfin, mon stage à la FEMAS HDF m'a offert l'opportunité de nouer des

contacts supplémentaires, facilitant l'identification et l'implication de professionnels pertinents.

L'objectif était de constituer un échantillon raisonné et diversifié. J'ai veillé à équilibrer les profils selon des variables telles que l'ancienneté, le type d'exercice, et le contexte territorial.

III. Guides d'entretiens

1. Elaboration

Ayant deux populations cibles pour cette recherche, j'ai réalisé deux guides d'entretiens distincts en fonction de la profession (Annexe I). Ils m'ont permis d'aborder chaque thématique voulue. Les questions principales sont les questions posées aux professionnels lors de l'entretien. Elles permettent de structurer et de mener l'entretien en évoquant les sujets souhaités.

Le guide d'entretien a été élaboré en fonction des hypothèses de recherche, en s'appuyant sur les thématiques identifiées dans la revue de littérature. Il comporte plusieurs questions ouvertes regroupées autour de cinq grandes thématiques :

- Représentations de l'APA : image de l'activité physique en tant que soin, place perçue dans le parcours de soins, efficacité.
- Pratiques de prescription ou de mise en œuvre : fréquence de prescription, types de patients concernés, modalités concrètes.
- Obstacles rencontrés : formation, manque de temps, absence de prise en charge, coordination interprofessionnelle.
- Relations interprofessionnelles : lien avec les MSS, échanges avec les autres acteurs du soin, visibilité du dispositif.
- Améliorations possibles : besoins exprimés, leviers à activer, propositions pour renforcer la place de l'APA dans le soin.

Ce guide a permis de structurer les entretiens tout en laissant une certaine liberté au professionnel pour évoquer ses propres expériences.

Compte tenu de l'hétérogénéité des pratiques et des contextes professionnels, le terme de coordination a pu revêtir des significations différentes selon les acteurs. Dans le cadre de ce mémoire, il désigne de façon large les échanges, partenariats ou dispositifs, formels ou non, qui articulent l'action des MSS et des médecins généralistes autour de l'APA.

2. Conditions de passation

Avant de faire passer les entretiens avec les professionnels, j'ai eu un temps d'échange avec ma directrice de mémoire. Nous avons discuté de la population interviewée ainsi que des questions posées.

Par ailleurs, avant le début d'un entretien, un formulaire de consentement (Annexe II) est envoyé au professionnel afin qu'il puisse le signer. Cela atteste qu'il accepte de participer librement à la recherche, et qu'il est informé des différentes modalités.

Les entretiens ont été réalisés en face-à-face ou à distance (visioconférence ou téléphone), selon les préférences et disponibilités des participants. Chaque entretien a duré entre 15 et 40 minutes. Le lieu ou l'environnement a été choisi pour garantir la confidentialité et le confort du participant.

3. Modalités de l'entretien

Chaque entretien a été enregistré avec l'accord du participant, puis intégralement retranscrit en vue d'une analyse thématique. L'ensemble des données a été anonymisé afin de respecter les règles éthiques et le cadre du RGPD. La grille d'analyse a été constituée après lecture transversale des verbatim, selon une méthode inductive permettant de faire émerger les principales catégories de discours.

PARTIE 3 : ANALYSE DES RÉSULTATS

L'analyse des données recueillies à travers les entretiens semi-directifs menés auprès des médecins généralistes et des professionnels de Maisons Sport-Santé a permis de mettre en lumière plusieurs thématiques récurrentes.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits (Annexe III), puis soumis à une analyse thématique, selon une méthode inductive. Cette approche consiste à repérer, coder et regrouper les unités de sens issues des discours des participants. Aucun cadre théorique préétabli n'a été établi pour faire émerger des catégories pertinentes à partir des données elles-mêmes. Les thèmes ont ensuite été organisés en grands axes pour une lecture structurée des résultats.

6 axes principaux ont ainsi été dégagés :

- Profils des professionnels interrogés
- Une reconnaissance consensuelle de l'intérêt de l'activité physique adaptée
- L'influence de l'exercice coordonné sur la coopération MSS-soins primaires
- Les freins à la coordination entre MSS et médecine générale
- Leviers et pistes pour améliorer la coordination
- Le rôle du patient dans la coordination sport-santé

Chaque axe sera présenté en détaillant les discours des participants, illustrés par des verbatims significatifs.

Pour désigner les professionnels interrogés, j'ai attribué une codification simple : MSS1 pour le premier participant en tant que professionnel de Maisons Sport-Santé, MSS2 pour le second, et ainsi de suite. Concernant les entretiens avec les médecins généralistes, j'ai opté pour une méthode similaire en utilisant MG1 pour le premier, MG2 le second...

I. Profils des professionnels interrogés

Dans le cadre de cette étude qualitative, six entretiens semi-directifs ont été menés auprès de participants sélectionnés pour la pertinence de leur expérience en lien avec la

problématique de recherche. L'objectif de cette première partie est de présenter brièvement chaque participant, tout en respectant les principes d'anonymat et de confidentialité. Voici une présentation synthétique de chacun.

MSS1 est un homme qui exerce en tant qu'enseignant en APA mais aussi comme chargé de développement dans une Maison Sport Santé. D'un côté, il s'occupe d'animer des séances d'activités physiques adaptées pour tout public, à tout âge et à tout parcours de vie. De l'autre, son rôle de chargé de développement consiste à développer des projets pour dynamiser l'offre sportive et augmenter le nombre d'adhérent.

MSS2 partage un profil proche du précédent. C'est un homme qui exerce également les fonctions d'enseignant en APA et de chargé de développement. Il possède néanmoins une dimension supplémentaire liée à la recherche universitaire. Engagé dans une thèse, il travaille spécifiquement sur la mise à l'activité physique des personnes en situation de vulnérabilité.

MG1 est une femme qui travaille en tant que médecin généraliste. Elle exerce dans une maison de santé pluriprofessionnelle en milieu semi-rural depuis 12 ans. Elle suit un large éventail de patients, de la petite enfance à la personne âgée, avec une prévalence importante de maladies chroniques. Son quotidien est marqué par la coordination interprofessionnelle. Son couple avec un enseignant APA offre un regard personnel sur les ponts entre médecine et activité physique.

MG2 est également une femme médecin généraliste installée depuis 1998. Elle est fortement engagée dans la prévention. Elle fait partie d'une association de soins primaires orientée vers l'innovation en santé. Elle intervient également en crèche comme médecin référente. Elle a dirigé deux thèses qualitatives et s'implique dans divers projets de santé publique. Sa patientèle est variée, avec une prédominance de femmes, d'enfants, et de personnes atteintes de pathologies chroniques. Elle est aussi médecin référent en prévention.

MG3 est une médecin généraliste installée depuis 2017. Face à un manque de spécialistes sur le territoire, elle s'est également formée en allergologie, une activité qu'elle exerce depuis trois ans. Depuis 2021, elle exerce au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire multi-site, où elle travaille en collaboration avec deux infirmières, deux kinésithérapeutes et un collègue médecin généraliste.

MG4 est une médecin généraliste installée depuis 34 ans en cabinet libéral, en exercice isolé, et également maître de stage et médecin régulateur au Samu. Bien qu'elle n'ait jamais exercé en MSP, il reste connecté aux dynamiques territoriales à travers sa participation à une CPTS, à des groupes de pairs, et à la formation médicale continue.

Maintenant les participants présentés, il est désormais possible d'entrer dans l'analyse de leurs discours. La première thématique met en lumière un point de convergence fort entre les acteurs rencontrés : une reconnaissance consensuelle de l'intérêt de l'activité physique adaptée dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques.

II. Une reconnaissance consensuelle de l'intérêt de l'activité physique adaptée

Tous les professionnels interrogés reconnaissent l'importance centrale de l'activité physique adaptée dans la prise en charge des pathologies chroniques. Cette reconnaissance repose à la fois sur leur expérience clinique quotidienne et sur des références à la littérature scientifique. Ces paroles donnent à l'APA une légitimité médicale.

Les médecins généralistes soulignent unanimement les bénéfices de l'activité, à la fois sur le plan physique, mental et social. MG1 affirme que *"le sport améliore le pronostic de plein de pathologies, le vécu de plein de pathologies"*, et se dit personnellement convaincue de ses effets : *"je suis persuadée que l'activité physique adaptée, c'est super bénéfique"*.

MG3 insiste quant à elle sur son rôle dans la prévention cardiovasculaire et métabolique, en déclarant que l'APA est *"hyper importante, même au niveau cardio-vasculaire, et pour le diabète"*. Pour le diabète, elle prend d'ailleurs l'exemple d'une de ses patientes : *"elle est passée d'un diabète totalement déséquilibré à un diabète qui était bien équilibré, une meilleure gestion du stress, elle se sentée beaucoup mieux"*. Elle ajoute d'ailleurs à ce sujet que des patients diabétiques peuvent passer de *"12% d'hémoglobine glyquée [...] à 7% [...] en l'espace de 6 mois"*. Elle trouve ça *"bluffant"* pour *"juste du sport"*. Ce même médecin évoque également le rôle de l'activité physique sur le cancer en disant que *"c'est plus pour l'entretien musculaire et le moral"*. Concernant toujours le diabète, mais aussi

l'hypertension, MG4 affirme que pour ce public, *"marcher 30 min au moins 3 fois par semaine de façon régulière, c'est déjà très bénéfique"*. Ce même médecin évoque également des bénéfices au niveau articulaire. Elle dit : *"on voit les différences entre la personne qui a un certain âge et qui va marcher régulièrement et celle qui marche de moins en moins et qui se retrouve entre son fauteuil et puis son canapé et puis son lit"*.

MG2 s'accorde sur les effets de l'activité adaptée. Elle la qualifie comme *"extrêmement importante pour toutes les maladies chroniques"*. Elle va encore plus loin, en appuyant son propos par des données scientifiques : *"ils ont réussi à prouver que ça diminue de 30 % l'apparition d'un cancer"*.

Elle déclare que *"l'activité physique adaptée est un traitement à part entière"* et conclut même de manière percutante : *"il n'y a pas d'autres traitements que le mouvement, ne serait-ce que pour la santé mentale et physique"*. Cette insistance sur les preuves scientifiques et l'expérience de terrain témoigne d'une légitimation forte de l'APA comme outil thérapeutique, à l'image d'un traitement médicamenteux. MG4 adhère à cette idée et évoque que *"l'activité physique est aussi importante qu'un médicament sur une ordonnance"*.

Les intervenants des Maisons Sport-Santé partagent pleinement cette approche. MSS1 et MSS2, tous deux chargés d'animer ou de structurer des séances d'APA, insistent sur leur utilité pour des publics souvent *"dans un parcours de soins"* ou éloignés de toute pratique sportive. MSS1 rappelle que *"c'est rendre acteurs les gens de leur santé par l'outil qu'est l'activité physique"*, tandis que MSS2 affirme clairement : *"vraiment, on s'inscrit dans la continuité du parcours de soins"*. L'APA n'est donc pas perçue comme une activité de loisir, mais comme un maillon légitime et structurant du parcours thérapeutique, au même titre que d'autres disciplines médicales ou paramédicales.

Les professionnels soulignent également les bénéfices psychosociaux de l'APA comme l'indique MG3 : *"il y a une grosse part psychologique dans les pathologies chroniques"*. Ils dépassent largement les seuls effets physiques. MG1 évoque l'intérêt de regrouper les patients par pathologie, afin de favoriser un sentiment d'appartenance : *"je pense qu'ils se sentent moins dévalorisés"*. MSS1 met en avant la fonction sociale et collective des séances : *"c'est pas que se remettre sur le chemin de la pratique physique, mais aussi briser l'isolement social"*. Ces éléments traduisent une vision globale de la santé, où l'APA

devient aussi un vecteur de lien social et d'estime de soi. Elle participe à une approche globale de la santé, à la croisée du médical, du psychologique et du social.

Enfin, plusieurs répondants insistent sur le fait que l'APA encourage une posture active du patient dans son parcours de soins. MG2 distingue clairement l'implication du patient selon les modalités : *"On est moins acteur de sa santé avec un kiné qu'avec un APA"*. Cette idée est renforcée par MSS1, qui insiste sur une logique d'empowerment : *"C'est rendre acteurs les gens de leur santé"*. L'APA permet donc au patient de reprendre du pouvoir d'agir et de sortir d'une logique de soins subis pour devenir un acteur de sa trajectoire.

En somme, l'ensemble des entretiens fait émerger une reconnaissance unanime de l'APA comme vecteur de santé, de prévention et de lien social qui s'intègre pleinement dans les parcours de soins. Aucun répondant n'exprime de doute sur son utilité ; la question n'est plus celle de sa légitimité, mais bien de la mise en œuvre effective de cette pratique dans les soins primaires.

III. L'influence de l'exercice coordonné sur la coopération MSS-soins primaires

L'appartenance des médecins à des structures d'exercice coordonné telles que les MSP ou les CPTS apparaît comme un facteur facilitant, mais pas déterminant, dans la coordination avec les Maisons Sport-Santé. Les professionnels des MSS soulignent que les médecins exerçant dans ces cadres sont souvent plus sensibilisés et plus accessibles pour les démarches de prévention. Comme l'explique MSS1, les médecins en exercice coordonné *"s'engagent plus facilement qu'un médecin libéral à part s'il est ultra sensible, mais c'est rare"*. L'environnement de travail, plus collectif, permet en effet une meilleure circulation de l'information. De plus, la présence de coordinateurs et des temps d'échange communs peuvent favoriser l'identification conjointe de patients pouvant bénéficier d'un accompagnement en activité physique adaptée.

Du côté des médecins généralistes, cet aspect est également perçu comme un levier potentiel. MG1, exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle, évoque cette possibilité : *"Comme on fait des réunions, on parle des patients avec les kinés, on pourrait se dire,*

bah sur un patient, celui-là il ne relève plus d'une prise en charge kiné par contre, il pourrait continuer ses efforts via une maison de sport santé par exemple". Ce fonctionnement en réseau favorise donc une logique de parcours et une meilleure continuité des soins. Le médecin MG3, également en MSP, va plus loin en indiquant que cette structuration facilite l'accès à l'information et l'identification des acteurs locaux : *"Peut-être qu'on est plus mis au courant, on est plus invité des fois à des forums. Donc tu vas rencontrer les intervenants, d'autres personnes, parce que quand t'es isolé, t'es installé à ton compte, tu ne vas pas forcément savoir tout ce qui existe sur le territoire".* L'exercice coordonné joue ici un rôle de mise en réseau et de visibilisation des acteurs du sport-santé, que les médecins isolés n'ont pas nécessairement.

Cette dynamique est confirmée par les acteurs des MSS qui identifient ces réseaux comme des relais essentiels pour se faire connaître et diffuser l'information. MSS2 explique que les temps d'échange avec les CPTS permettent de *"projeter un peu comment fonctionne la maison sport santé"*. Il souligne que ces moments sont les plus efficaces pour toucher rapidement un maximum de professionnels de santé. Aller rencontrer individuellement chaque médecin serait en effet *"très compliqué"* selon lui. MSS1 évoque également d'autres canaux de sensibilisation, comme des événements organisés avec les CPTS ou en partenariat avec les URPS médecins libéraux ou encore Filieris. Ces dispositifs jouent ainsi un rôle important dans la mise en réseau et la visibilisation des offres sport-santé, particulièrement auprès des professionnels exerçant en exercice coordonnés.

La structuration des CPTS ou MSP autour de thématiques de santé publique, souvent en lien avec des subventions, représente une autre source de facilitation. MG4 souligne cet aspect : *"Ils sont obligés de travailler sur des thèmes [...] Alors effectivement, s'ils font un thème sur l'activité sportive, j'imagine quand même qu'ils doivent contacter ou mettre en place pour informer davantage le patient. Enfin, normalement, ils sont subventionnés pour ce genre de d'activité"*. De manière convergente, MG3 ajoute : *"Donc sans MSP, toutes les actions qu'on mène, on n'aurait pas les fonds"*. Ces financements peuvent donc être une opportunité pour renforcer les actions de sensibilisation à l'APA mais aussi améliorer la lisibilité de l'offre sport-santé et créer des ponts plus structurés avec les Maisons Sport-Santé.

Cependant, plusieurs limites sont mises en évidence. D'abord, l'exercice coordonné ne garantit pas une implication active dans le sport santé. Comme le nuance MSS2 : *“Bah c'est... c'est un peu 50 50 hein. [...] On a des médecins comme ça au sein de maison pluri pro, qui sont comme ça, mais. Oh, ça ne veut pas dire grand-chose”*. L'engagement dans une dynamique de prévention reste très lié à la sensibilité personnelle du professionnel, à son expérience, voire à ses habitudes. L'appartenance à une structure n'implique pas nécessairement une adhésion aux logiques de santé globale.

En outre, même dans un cadre coordonné, la mobilisation des médecins généralistes reste freinée par des obstacles structurels.

IV. Les freins à la coordination entre MSS et médecine générale

Malgré l'existence de dispositifs favorisant le recours à l'activité physique adaptée, la coordination entre les MSS et les médecins généralistes se heurte à plusieurs freins persistants, révélés dans les entretiens menés auprès des professionnels des deux secteurs.

Le principal frein à l'implication des médecins généralistes dans les dispositifs de prévention comme les Maisons Sport-Santé reste leur manque de temps. Pris dans un rythme de consultations soutenu, ils peinent à sortir du cadre de la prescription médicamenteuse. MSS1 souligne que certains praticiens, bien que sensibilisés, *“n'ont pas forcément beaucoup de temps”* et que *“même ce genre de choses [orienter un patient], certains ne prennent pas le temps de le faire”*. MG2 renchérit : *“Le médecin ne considère pas gagner du temps en faisant de la prévention. [...] C'est soi-disant ce temps à donner non payé et qui, en plus, est très déstabilisant puisque on sort de la zone de confort”*.

Ce désintérêt s'explique aussi par un défaut d'outils et de formations spécifiques. La prévention et la prescription d'activité physique adaptée font peu partie du cursus médical. MG2 insiste sur l'absence de compétences en entretien motivationnel, essentiel pour accompagner le changement de comportement des patients : *“il faut être un petit peu intéressé par l'entretien motivationnel, voir quelles sont les priorités du patient et en tenir compte pour l'amener à faire cette activité physique adaptée”*. De plus, MG1 reconnaît : *“Je ne sais pas prescrire du sport sur ordonnance”*, même après une formation DPC. MG2

confirme cette idée que les médecins ne sont pas assez formés notamment lorsqu'elle dit : *“c'est des choses que les médecins n'ont pas apprises”*. MSS2 confirme : *“Les médecins ne se sentent pas forcément capables de prescrire une activité physique”,* faute *“d'outils identifiés, pratiques de prescription et d'orientation”*.

Ce manque de temps et de formation renforce une faible priorité accordée à la prévention, souvent perçue comme une mission accessoire. MSS1 note que *“certains médecins sont sensibles, d'autres pas du tout”*, et MG2 regrette que beaucoup *“n'en font pas une priorité”*, malgré les preuves disponibles. Ce désengagement est renforcé par le poids du modèle biomédical centré sur le médicament. MG2 décrit une *“trop grande confiance dans la puissance de l'ordonnance médicamenteuse stricto sensu”* et souligne combien la prescription d'approches non pharmacologiques peut être vécue comme une perte de repères ou de légitimité. En ce sens, les freins structurels s'articulent à des résistances culturelles plus profondes.

La difficulté d'accès à l'offre sport-santé sur certains territoires constitue un frein supplémentaire. MG1 déplore l'éloignement des MSS : *“Le principal frein c'est que j'en ai pas à côté de chez moi”*. Cette difficulté d'accès géographique est amplifiée par le refus fréquent des patients de se déplacer loin de leur domicile, même lorsque l'offre existe. MG1 a d'ailleurs précisé à ce sujet : *“C'est trop loin. Les gens qui ont des pathologies chroniques ne veulent pas se déplacer”*.

La problématique de l'accès géographique est indissociable de celle de l'accessibilité économique. L'absence de prise en charge financière de ces activités constitue un frein majeur, particulièrement pour les patients à faibles revenus. MG2 précise que : *“C'est pas pris en charge par la sécu [...] ça devient très vite trop onéreux”*. Dans ce sens, les patients peuvent commencer ces programmes d'APA mais ne les continuent pas par manque de moyens financiers.

Plus encore, certains médecins ignorent jusqu'à l'existence même des Maisons Sport-Santé. MG4 l'admet explicitement : *“je connais pas vraiment (...) je ne sais pas ce que tu appelles maison sport santé en fait. Comment ? Enfin c'est quoi ?”* Ce constat illustre parfaitement le déficit de visibilité des MSS auprès des professionnels de santé. Elle insiste d'ailleurs sur le manque de visibilité de l'offre : *“J'aurais été... Si j'avais reçu ce genre de papier, j'aurais été sensibilisé. J'en aurais même certainement parlé, et je n'ai*

jamais reçu ce type d'information. C'est-à-dire à l'heure actuelle, c'est à nous, médecins généralistes, à aller chercher l'info". Selon elle, le principal frein réside dans le manque de communication : *"le problème de coordination, c'est le problème de communication"*.

Enfin, la coordination est perçue comme chronophage. MSS2 parle de la difficulté à mobiliser les médecins en dehors de leurs horaires : *"Le soir, en semaine, c'est pas toujours évident"*. Les MSS expriment parfois une forme de lassitude face au manque de retour. MSS1 l'indique en disant : *"Peu de retombées par rapport à l'investissement"*. De plus, MG2 emploie aussi ce terme en disant : *"Je pense que le principal frein des médecins, c'est soi-disant cet aspect chronophage"*.

Par ailleurs, des contraintes réglementaires liées à la protection des données personnelles compliquent le partage d'informations entre les professionnels du soin et les acteurs de la prévention, comme en témoignent MSS2 : *"Il y a la barrière des infos sensibles [...] auxquels nous on ne doit pas avoir accès, et du coup ça bloque"*.

V. Leviers et pistes pour améliorer la coordination

Malgré un intérêt partagé pour l'activité physique adaptée dans la prise en charge des maladies chroniques, la coordination entre Maisons Sport-Santé et médecins généralistes reste largement perfectible. Néanmoins, plusieurs leviers concrets émergent des expériences de terrain, ainsi que des pistes d'amélioration formulées par les acteurs eux-mêmes.

Tout d'abord, il serait intéressant de s'appuyer sur les professionnels moteurs comme vecteurs de changement. Les MSS soulignent l'importance de s'appuyer sur les médecins déjà engagés dans une dynamique sport-santé pour entraîner leurs pairs. MSS1 insiste sur ce levier : *"On aimerait bien travailler justement avec les médecins qui sont vecteurs, qui sont eux justement dans une dynamique, pour aller chercher les autres médecins"*. Cette stratégie vise à créer un effet d'entraînement qui mobiliserait les prescripteurs volontaires pour diffuser une culture de l'APA auprès des plus réticents. Il ajoute d'ailleurs dans ce sens : *"La solution, c'est peut-être de s'appuyer sur ceux avec qui ça fonctionne pour trouver pourquoi ça ne fonctionne pas avec les autres"*.

De part les différents entretiens, il se dégage également une volonté d'améliorer les outils de prescription et de communication. Un consensus ressort sur la nécessité de simplifier la prescription d'APA. MG1, bien qu'ayant suivi une formation en sport-santé à travers le Développement Professionnel Continu (DPC), explique qu'elle *“ne sait pas prescrire du sport sur ordonnance”* et que l'outil fourni lors de sa formation était *“complètement théorique”*. En réponse, les MSS ont développé des dispositifs comme les fiches simplifiées, les boîtes Medica Sport, ou encore une application numérique (Denéo) qui génère des bilans facilement partageables avec les médecins. MSS1 rappelle d'ailleurs avoir *“travaillé avec des médecins sur l'écriture d'une prescription médicale d'APA simplifiée, informatisée”*. Ces outils pratiques sont donc des leviers à renforcer et diffuser à plus large échelle. La communication ciblée est également essentielle pour surmonter le déficit d'information. MG4 évoque la création d'un *“papier relatant [...] la référence de des différentes associations vers lesquelles [elle] peut [se] tourner pour [ses] patients”*. De plus, elle insiste sur l'importance d'un format concret : *“S'ils m'envoient pas un truc, un flyer, un mail, un machin, je suis pas censé savoir. [...] Les mails on en reçoit trop. Le courrier papier, on est obligé de l'ouvrir”*. Cette remarque met en lumière le besoin de messages clairs et visibles, pour que l'offre APA ne se perde pas dans le flux d'informations quotidiennes des médecins.

Par ailleurs, il semble important de multiplier les temps de rencontre collectifs. En effet, les temps d'échange pluri-professionnels apparaissent comme des moments privilégiés pour sensibiliser les médecins à l'offre sport-santé. MSS2 évoque ces rencontres au sein des CPTS : *“On s'insère un petit peu dans des réunions [...] ça permet de toucher le plus de médecins, le plus facilement possible”*. Toutefois, leur efficacité reste relative, car *“le soir, en semaine, c'est pas toujours évident”*. Ces formats sont perçus comme utiles mais chronophages, et doivent donc être mieux structurés et valorisés, notamment via des incitations institutionnelles par exemple.

Par ailleurs, l'entretien avec MG2 fait émerger une remise en question du rôle exclusif du médecin dans la prescription d'activité physique adaptée. Elle souligne que la coordination pourrait être facilitée si d'autres acteurs, comme les kinésithérapeutes, étaient davantage reconnus dans cette fonction d'orientation. MG2 illustre ce point en affirmant : *“Je pense que ça se fait déjà sans passer par la sacro-sainte ordonnance du médecin”*. Elle déplore une organisation qui freine l'autonomie des autres professions et suggère qu'*“on n'utilise*

pas assez les valeurs ajoutées des professions non médicales". Ces témoignages rejoignent une vision plus horizontale de la coordination, fondée sur la complémentarité des compétences plutôt que sur une validation systématique par le médecin. La délégation ne viserait pas à déresponsabiliser ce dernier, mais à fluidifier le parcours et à reconnaître la légitimité d'autres acteurs du soin et de la prévention, déjà actifs sur le terrain.

La médiation sociale et sanitaire est également citée comme un vecteur d'accès à l'APA. MSS2 explique que les médiatrices santé peuvent jouer un rôle clé, notamment auprès des publics sans médecin traitant ou éloignés du système de soins : *"Les médiatrices peuvent être un relais hyper facilitant"*. Ce maillage humain, souvent négligé, constitue un levier concret pour améliorer la coordination en zone sous-dotée.

Les MSS insistent aussi sur la nécessité de formaliser les partenariats par des conventions écrites, afin de pérenniser les liens avec les professionnels de santé : *"On essaie le plus souvent de faire des conventions écrites [...] c'est forcément plus engageant"*. Le développement d'une culture fondée sur des engagements réciproques permettrait de stabiliser la coopération au-delà des seules initiatives individuelles.

Enfin, il est nécessaire de penser la coordination dans la durée. Elle ne peut se limiter à l'amont du parcours. MSS2 insiste sur l'importance d'un suivi partagé, en encourageant les patients à revenir vers leur médecin avec leurs bilans Denéo, dans une logique de continuité de l'information : *"On encourage les gens à aller chez leur médecin avec ces données-là [...] ça nous permet aussi de nous faire connaître"*. Cette logique de co-construction du parcours de santé suppose également de reconnaître et renforcer la place du patient comme relais actif d'information entre les différents professionnels. En valorisant ses retours et en l'outillant (par des bilans, des supports pédagogiques, un langage accessible...), il devient progressivement acteur de sa propre coordination, capable de faire le lien entre les sphères du soin, de la prévention et de l'accompagnement.

VI. Le rôle du patient dans la coordination sport-santé

Si la coordination entre les Maisons Sport-Santé et les médecins généralistes repose en grande partie sur les professionnels, les entretiens révèlent aussi le rôle croissant du patient comme acteur de sa propre trajectoire de santé. Ce rôle, bien que rarement formalisé, apparaît comme un levier implicite mais central dans la logique de continuité entre prévention, accompagnement et soin.

Du côté des MSS, certains professionnels misent sur la capacité du patient à faire le lien entre les différents dispositifs. MSS2 l'exprime clairement : *“On encourage les gens à aller chez leur médecin avec ces données-là. [...] C'est aussi un retour au médecin, ça nous permet aussi de nous faire connaître”*. Ce renvoi du patient vers son médecin traitant avec les bilans générés via la plateforme Denéo permet non seulement de maintenir une forme de coordination, mais aussi d'inscrire l'APA dans une dynamique de suivi médical partagé. Cette continuité repose néanmoins largement sur le témoignage du patient lui-même. Comme le souligne MG3 : *“Bon après le patient on le voit tous les 3 mois, donc il nous raconte un petit peu leurs ressentis. On va voir comment ils sentent, s'ils sont moins essoufflés, s'ils ont perdu du poids, si le moral va. [...] C'est plus le patient qui nous dit comment ça se passe.”* Ce retour subjectif, bien que non formalisé, permet aux médecins de construire un suivi clinique à partir de la perception des effets rapportés, et de maintenir un lien, même informel, avec la trajectoire sport-santé de leurs patients.

Ce rôle actif du patient prend d'autant plus d'importance que le lien direct entre MSS et médecins reste, dans les faits, limité : *“C'est pas toujours facile, nous, d'avoir des retours directs des médecins. On ne peut pas transmettre de données de santé comme ça”*, rappelle MSS2. Dans ce contexte, le patient devient un intermédiaire clé : il transporte l'information, verbalise son expérience, et peut ainsi alimenter une boucle de retour entre prévention et soin.

Ce repositionnement du patient suppose toutefois une montée en compétence et en confiance. MSS1 insiste sur l'importance de *“valoriser le parcours des personnes”*, en les rendant actrices de leur évolution. Les MSS ne se contentent pas de proposer une activité physique adaptée, elles visent à *“rendre acteurs les gens de leur santé par l'outil qui est l'activité physique”* selon MSS1. L'objectif est que le patient puisse, à terme, *“trouver une structure à côté de chez lui, dans laquelle il peut s'inscrire”*, sans dépendre exclusivement

de l'accompagnement institutionnel et ainsi tendre vers une *“pratique autonome”* comme l'ajoute MSS1.

Ce rôle actif rejoint également une logique d'entretien motivationnel, évoquée par MG2. Elle souligne que l'orientation vers l'APA ne se réduit pas à une simple prescription : *“Il faut être un petit peu intéressé par l'entretien motivationnel, voir quelles sont les priorités du patient et en tenir compte pour les amener à faire cette activité physique adaptée.”* Ce positionnement renforce l'idée que la réussite de l'APA passe par l'adhésion du patient, nourrie par le dialogue, l'écoute, et la prise en compte de ses ressources.

Dans cette logique, certaines structures choisissent aussi de responsabiliser le patient dès les premières démarches. MG3 précise : *“Nous on adresse directement les patients parce que c'est pas à nous de prendre le rendez-vous directement au patient.”* Cette délégation implicite place le patient en position d'acteur, en l'incitant à prendre l'initiative du contact avec les dispositifs, et participe à renforcer sa posture autonome dans le parcours de soin.

Toutefois, cette mobilisation repose fortement sur la motivation personnelle du patient, un facteur que plusieurs professionnels identifient comme déterminant. MG3 constate que : *“Même quand tu payes pour les gens [...] c'est souvent un problème de motivation quand même.”* Pour MG2 également, l'assiduité conditionne la réussite du programme : *“Il faut quand même y aller deux fois par semaine pendant cinq mois. Et il faut passer un contrat quand même.”* Le manque d'investissement ou l'attente de résultats passifs freinent l'efficacité du dispositif : *“Ils pensent que ça va venir tout seul, qu'on va leur donner un cachet miracle”*, ajoute MG3.

Néanmoins, lorsque la démarche fonctionne, ses effets peuvent dépasser le seul cadre individuel. MG4 souligne en effet l'impact positif que certains patients motivés peuvent avoir sur leur entourage : *“On en parle plus facilement, le patient aussi. Il y en a, [...] j'arrive à les remettre sur les rails et ça leur fait du bien, donc ils en parlent autour d'eux et du coup, c'est plutôt positif.”* Le témoignage du patient devient alors un outil d'influence et de légitimation, qui peut encourager d'autres personnes à franchir le pas de l'APA.

Ce rôle de relais actif peut même, dans certains cas, précéder et déclencher la coordination entre acteurs, comme en témoigne MG1, qui découvre une Maison Sport Santé grâce à l'initiative d'une patiente : *“elle m'avait donné une fiche pré remplie de prescription. C'était un carnet même je pense. J'avais juste eu à remplir un carnet, donc*

c'était plus simple.” Dans ce cas précis, l'implication du patient a simplifié la démarche du médecin et permis une orientation vers une structure APA.

Cette logique se retrouve également côté MSS : certaines structures utilisent des documents transmis au patient comme levier de visibilité et de lien. MSS2 explique ainsi : *“Quand les gens viennent s'inscrire, on leur donne une feuille pour que les médecins puissent directement prescrire cette feuille-là. C'est peut-être con mais du coup par l'intermédiaire de cette feuille bah ils disent 'Ah OK c'est une maison sport santé, ah bah je connaissais pas' et du coup voilà ça fait le lien quoi.”* Ici encore, c'est le patient qui, en circulant entre les deux sphères, compense les limites du système de coordination formel.

Loin d'être un simple bénéficiaire passif, le patient apparaît comme un acteur à part entière du système de coordination. En intégrant et en relayant l'information, en participant activement à son parcours, et en devenant progressivement autonome dans ses choix de santé, il contribue à pallier les failles du système, notamment là où la communication institutionnelle peine à s'installer durablement. Mais encore faut-il que la motivation soit présente et soutenue, car sans implication personnelle, ni coordination, ni prévention, ni changement de comportement ne peuvent réellement s'ancrer dans la durée.

Le patient peut jouer un rôle important dans la coordination entre les acteurs, mais il ne peut pas tout faire seul. Être acteur de sa santé demande un accompagnement, des repères clairs et un système qui fonctionne. Cette autonomie doit donc être soutenue, et ne doit pas servir d'excuse pour laisser au patient la responsabilité de combler les manques du système de santé.

PARTIE 4 : DISCUSSION

I. Confrontation partie théorique à pratique

Cette étude exploratoire révèle que la coordination entre les médecins généralistes et les Maisons Sport-Santé dans le bassin minier du Pas-de-Calais reste limitée. Dans cette étude, les MSS sont perçues majoritairement comme des structures externes au parcours de soins classique, et très peu de médecins déclarent échanger régulièrement avec elles. Plusieurs freins ont été identifiés : manque de connaissance mutuelle, différences organisationnelles et contraintes de temps des professionnels. La formation insuffisante et la motivation des acteurs émergent également comme obstacles. En revanche, quelques leviers positifs sont apparus. L'un des principaux, les médecins interrogés sont déjà convaincus des bienfaits de l'activité physique adaptée.

Nos conclusions s'insèrent dans les travaux existants. L'enquête de l'INJEP sur les MSS relevait déjà les mêmes points : de nombreux coordinateurs dénoncent les réticences des médecins à embarquer dans la logique sport-santé et l'absence de culture APA chez les médecins (37). Notre étude corrobore ce constat national : la perception d'isolement des MSS et la faible communication interprofessionnelle sont des freins documentés ailleurs.

Par ailleurs, la littérature sur la prescription d'APA complète ce portrait. Des études récentes montrent notamment que la prescription d'APA est d'autant plus fréquente que le médecin connaît une structure de sport-santé à proximité (46). Ce résultat corrobore notre conclusion qu'améliorer la visibilité des MSS auprès des MG est un levier clé. De même, le cadre réglementaire¹⁰ place effectivement le médecin traitant au cœur du parcours APA, ce qui l'incite à orienter le patient vers un professionnel qualifié tel qu'une MSS (46). L'écart constaté entre cette intention officielle et la pratique observée souligne le travail nécessaire.

D'un point de vue conceptuel, les textes sur l'organisation des soins insistent sur le découplage pour des prises en charge intégrées. Ils rappellent que la coordination doit permettre d'*offrir des soins de qualité, accessibles, intégrés, globaux, dans la*

¹⁰ 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

continuité” (47). Notre étude montre que, sans une vision partagée, la coordination risque de rester superficielle. Ce constat rejoint partiellement la stratégie Sport-Santé 2019-2024, qui intégrait les MSS dans un nouveau modèle préventif (37) : en théorie, les MSS devaient rompre avec la logique curative seule, mais sur le terrain cette transition reste partielle.

Enfin, des expériences régionales confortent nos observations. Par exemple, en Pays de la Loire, plusieurs MSP collaborent activement avec les MSS locales, ces dernières jouant pleinement leur rôle de mise en réseau des acteurs santé-sport (48). De manière similaire, dans les Hauts-de-France, la FEMAS HDF œuvre à créer des partenariats entre MSS et MSP afin de renforcer les logiques de coordination territoriale à travers le label MSP en mouvement (42). Ces initiatives montrent qu’un exercice coordonné efficace est possible. Cela confirme que l’idée de structurer ces partenariats est un levier essentiel. Néanmoins, ces dispositifs, bien que innovants et prometteurs, reposent en grande partie sur l’existence préalable d’une organisation en MSP : leur déploiement reste donc limité dans les zones où l’exercice coordonné est peu développé.

Pourtant, lorsque cette organisation existe, elle offre des leviers concrets pour structurer les partenariats avec les MSS. Dans un premier temps, le projet de santé de la MSP, socle du fonctionnement en équipe de soins primaires, peut intégrer des objectifs communs avec les MSS (comme la promotion de l’APA ou l’accompagnement des patients chroniques). Dans un second temps, l’Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), signé entre les MSP, l’Assurance Maladie et les Agences Régionales de Santé, offre un cadre de financement incitatif pour soutenir des projets de coordination pluriprofessionnelle. Ce dispositif repose sur des indicateurs socles et optionnels, notamment ceux relatifs à la coordination externe, permettant aux MSP de percevoir des rémunérations spécifiques pour des actions collaboratives, telles que l’intégration de l’activité physique adaptée dans le parcours de soins (49). Ainsi, l’ACI favorise non seulement la structuration de l’exercice coordonné, mais aussi l’émergence de projets innovants en lien avec la prévention et la promotion de la santé. Enfin, le coordinateur de la MSP, rémunéré par les ACI, est essentiel dans la mise en œuvre de ces projets. Il facilite les liens entre professionnels de santé et structures partenaires comme les MSS. Ce rôle de coordination ne se limite pas à une simple gestion logistique : il repose sur une dynamique fédératrice au sein de l’équipe et dans l’environnement territorial. Selon le

guide AVEC santé, le coordinateur est décrit comme un acteur pivot du projet de santé, impliqué dans l'animation de la dynamique d'équipe, la gestion de projets de santé publique, la communication interne et externe, ainsi que la mise en réseau avec les partenaires extérieurs (50). Dans cette perspective, le coordinateur est particulièrement bien placé pour jouer un rôle d'interface entre MSS et professionnels de soins primaires. De manière complémentaire, les coordinateurs de CPTS peuvent également jouer un rôle stratégique à l'échelle d'un territoire plus large, en facilitant l'interconnexion entre différentes structures et en contribuant à une vision populationnelle de la santé.

Par ailleurs, les entretiens ont montré que la réussite des parcours sport-santé dépend beaucoup de la motivation du patient. Même si la loi permet aux médecins de prescrire de l'Activité Physique Adaptée, cela ne suffit pas : le patient doit comprendre l'intérêt de cette démarche, s'y engager et rester motivé dans la durée. Ce constat rejoint les recherches qui insistent sur l'importance de faire du patient un acteur à part entière de son traitement (51). Le patient ne doit pas seulement suivre les conseils, mais aussi participer activement aux décisions concernant sa santé.

Mais un autre point important ressort des témoignages : le patient peut aussi jouer un rôle dans la coordination entre les médecins généralistes et les MSS. Certains patients prennent eux-mêmes l'initiative d'en parler à leur médecin, ou transmettent des informations de la MSS vers leur professionnel de santé. Cela montre que le patient peut devenir un pont entre les deux mondes, surtout quand les échanges institutionnels ne sont pas encore fluides. Par exemple, plusieurs professionnels interrogés ont souligné que certains patients arrivent avec leur bilan de condition physique ou une fiche de suivi de la MSS à leur consultation médicale. D'autres demandent à leur médecin de faire le lien avec une MSS, montrant qu'ils sont capables de faciliter le dialogue entre les acteurs du soin. Ce rôle actif dans la coordination rejoint les principes de la self-management (52) et de la littératie en santé (53), où le patient apprend à naviguer dans le système de santé et à relier les bons acteurs pour optimiser sa prise en charge.

II. Limites

Comme toute recherche, ce mémoire a des limites qu'il faut bien reconnaître pour comprendre jusqu'où vont ces résultats.

Tout d'abord, la taille restreinte de l'échantillon (six participants, dont quatre médecins généralistes et deux professionnels de Maisons Sport-Santé) constitue une première limite majeure. Ce nombre réduit ne permet pas une généralisation des résultats à l'ensemble des professionnels concernés. Toutefois, cette contrainte n'a pas empêché de dégager des pistes à explorer pertinentes et représentatives de certaines réalités de terrain.

Ensuite, des contraintes temporelles ont restreint les possibilités d'approfondissement des résultats par des entretiens supplémentaires. Le processus de recrutement a également été influencé par les difficultés d'accès à certains profils, notamment du côté des médecins généralistes, souvent très sollicités par d'autres travaux étudiants et limités en disponibilité. Ainsi, le recueil des données s'est appuyé sur les professionnels les plus accessibles, les plus réactifs ou les plus motivés par la thématique. Cet axe peut engendrer un biais de sélection et limite la diversité des points de vue recueillis.

Par ailleurs, il convient de souligner que les médecins ayant accepté de participer étaient, pour la plupart, déjà sensibilisés ou intéressés par l'activité physique adaptée ou par le rôle des Maisons Sport-Santé. Cela peut induire un biais d'auto-sélection, excluant de fait les praticiens ne se sentant pas concernés par cette problématique ou moins engagés sur ce sujet. En ce sens, la population interrogée n'est pas représentative de l'ensemble des médecins généralistes, notamment ceux peu familiarisés avec l'approche sport-santé. En effet, certains participants sont eux-mêmes pratiquants réguliers d'une activité physique ou entretiennent des relations personnelles avec des acteurs du domaine, ce qui peut influencer positivement leur perception et leur discours sur le sujet. Ce contexte personnel favorable constitue un autre facteur de biais qui renforce potentiellement la surreprésentation de points de vue engagés.

Enfin, l'approche méthodologique adoptée, exclusivement qualitative, ne permet pas de quantifier l'ampleur des constats ni de dégager des tendances générales. Une approche complémentaire quantitative, par exemple sous la forme d'une enquête diffusée à un plus

grand nombre de professionnels de santé, aurait permis de renforcer la portée des résultats et de confronter les analyses issues des entretiens à des données plus larges.

III. Validation des hypothèses

Les hypothèses formulées au début de ce mémoire ont permis de structurer l'enquête et d'orienter l'analyse des entretiens. Leur mise à l'épreuve du terrain confirme en grande partie les intuitions de départ, tout en apportant des nuances importantes.

- Hypothèse 1 : Les Maisons Sport-Santé sont encore perçues par une majorité de médecins généralistes comme des structures périphériques au système de soins, plutôt que comme de véritables partenaires intégrés dans un parcours de santé coordonné (partiellement validée).

Bien que les médecins soient globalement convaincus des bienfaits de l'activité physique adaptée, ils ne reconnaissent pas encore pleinement les Maisons Sport-Santé comme des acteurs légitimes du soin. Nos entretiens révèlent que les MSS sont majoritairement perçues comme extérieures au circuit médical traditionnel. Cette perception crée une barrière initiale, ce qui freine l'intégration des MSS dans le parcours de soins, malgré le décret qui place le médecin au cœur de la prescription d'APA.

En pratique, la prescription vers une MSS reste encore exceptionnelle, et loin d'être automatique. Cette situation s'explique notamment par un manque de connaissance ou de reconnaissance du label "Maison Sport Santé" parmi les professionnels de santé. Plusieurs médecins interrogés admettent ne pas savoir ce qu'est une MSS, ou n'avoir jamais été informés de leur existence ou de leur fonctionnement. Le lien entre MSS et soins primaires demeure flou, souvent laissé à l'initiative du patient. Comme le souligne également l'INJEP, la visibilité et la légitimité des MSS auprès du corps médical restent faibles (37) . Elles apparaissent ainsi davantage comme des structures périphériques que comme des partenaires intégrés dans les parcours de soins chroniques. Toutefois, cette perception n'est pas figée. Certains médecins, en particulier ceux ayant déjà collaboré avec une MSS ou informés par leurs patients, témoignent d'un intérêt réel et d'une volonté de partenariat. Ces expériences montrent que la reconnaissance des MSS peut être

renforcée par des actions simples et ciblées. Le déficit d'intégration des MSS n'est donc pas irréversible, mais dépend largement de leur visibilité concrète dans les pratiques médicales quotidiennes.

- Hypothèse 2 : Les différences dans les structures organisationnelles et les processus de communication entre MSS et professionnels de santé constituent un frein important à une collaboration efficace (validée).

Les témoignages convergent sur l'absence de dispositifs partagés permettant un échange fluide d'information entre MSS et médecine de ville. Les MSS n'ont pas accès aux dossiers médicaux, les médecins ne reçoivent pas de retours systématiques sur les patients qu'ils orientent, et les rares outils existants (bilans Denéo, feuilles papier) dépendent encore trop de l'initiative individuelle. Les structures et les cultures professionnelles diffèrent également : alors que les MSS adoptent une approche éducative et collective, les médecins restent inscrits dans une logique de soin individuel, souvent contrainte par le temps et l'urgence. Cette divergence structurelle, tant en termes de fonctionnement que de vocabulaire, empêche une compréhension mutuelle fluide et nuit à la coordination. Ces constats rejoignent la littérature sur le choc des cultures professionnelles dans les démarches de santé globale. Enfin, le manque de formalisation des partenariats, notamment l'absence de conventions, de référents, ou de procédures standardisées, constitue un frein clairement exprimé dans les entretiens. La coordination repose encore trop souvent sur des initiatives individuelles, non pérennisées.

- Hypothèse 3 : Les médecins exerçant en coordination (au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles, par exemple) collaborent plus facilement avec les MSS que ceux exerçant seuls, grâce à des réseaux déjà existants (partiellement validée).

Cette hypothèse est clairement confirmée par les données recueillies. Les médecins exerçant en MSP ou impliqués dans des CPTS témoignent d'un accès facilité à l'information, d'une sensibilisation accrue aux enjeux de prévention, et de meilleures opportunités de rencontre avec les professionnels du sport-santé (forums, réunions,

projets partagés). L'exercice coordonné crée un maillage concret autour du patient et renforce la coopération médical/paramédical. À l'inverse, les médecins en exercice isolé expriment plus fréquemment leur méconnaissance des MSS et leur difficulté à intégrer ces structures dans leurs pratiques. Le manque de temps, l'isolement professionnel, l'absence de coordinations locales viennent renforcer ce cloisonnement. L'exercice coordonné semble donc jouer un rôle d'accélérateur de lien entre MSS et soins primaires, en créant les conditions d'une coopération plus naturelle : échanges informels entre pairs, culture de la pluridisciplinarité, financement de projets communs. Il convient néanmoins de noter que l'exercice coordonné ne garantit pas une implication automatique. Certains médecins exerçant en MSP restent peu concernés par les actions de prévention. L'environnement est facilité, mais ne remplace pas l'engagement personnel du professionnel.

IV. Perspectives d'évolution

À la lumière des résultats obtenus et des éléments de la littérature, plusieurs leviers peuvent être activés pour améliorer la coordination entre Maisons Sport-Santé et médecins généralistes. Ils sont réunis sur une vision progressive temporelle.

À court terme, la priorité est de renforcer la formation et l'information des médecins généralistes. En effet, le manque de connaissance sur l'Activité Physique Adaptée, ses bénéfices, ses indications et les modalités de prescription constitue un frein important. Pour y remédier, il est essentiel d'intégrer des modules spécifiques à l'APA dans la formation initiale en faculté de médecine, mais aussi de développer des formations continues ciblées, moins théoriques et plus pratiques, via le Développement Professionnel Continu (DPC). Ces sessions pourraient être co animées par des enseignants en APA et des professionnels de santé déjà impliqués dans les MSS pour favoriser une approche croisée et décroïsonnée. Par ailleurs, la visibilité des structures MSS sur le terrain doit être améliorée. Cela suppose la création d'outils simples et accessibles, tels que des annuaires territoriaux actualisés, une cartographie interactive des dispositifs disponibles, ou encore l'intégration des MSS dans les logiciels métiers des médecins généralistes. L'enjeu est que chaque médecin sache à qui s'adresser et comment orienter ses patients de façon fluide et sécurisée.

À moyen terme, il convient de structurer une coordination territoriale plus opérationnelle. Aujourd'hui, l'absence de circuits clairement définis entre médecine générale et MSS nuit à la fluidité des parcours. Il serait pertinent de formaliser des protocoles de prescription et d'orientation, co construits avec les CPTS, les MSP et les MSS. La désignation de référents "sport-santé" au sein des structures de soins primaires permettrait de créer des points de contact privilégiés, garants de la continuité du suivi. En complément, il est également possible d'envisager l'intégration d'outils numériques simplifiés de prescription directement dans les logiciels médicaux utilisés au quotidien. Des formulaires pré-remplis, des suggestions automatiques selon les pathologies, ou encore des liens directs vers les plateformes locales de sport-santé permettraient aux médecins de prescrire de l'APA sans alourdir la durée de la consultation. Appuyés par des coordinateurs ou des référents sport-santé chargés de faire le lien avec les MSS, ces dispositifs contribuent à intégrer l'APA de manière plus fluide et réaliste dans la pratique médicale courante.

À plus long terme, des évolutions structurelles seraient nécessaires pour pérenniser l'intégration de l'APA dans le parcours de soins. L'absence de prise en charge par l'Assurance maladie constitue un frein majeur pour les patients les plus précaires. Une réforme du système de remboursement, intégrant progressivement l'APA comme une thérapie non médicamenteuse reconnue, permettrait de renforcer l'équité d'accès. Par ailleurs, l'inscription des MSS dans les outils nationaux de coordination (comme les logiciels de santé partagés ou les messageries sécurisées) renforcerait leur ancrage dans l'écosystème de soins primaires. Cette reconnaissance institutionnelle doit s'accompagner d'une politique ambitieuse de soutien au développement de l'offre, notamment dans les zones sous-dotées ou rurales, afin de garantir une couverture territoriale équitable.

Ces perspectives visent à créer un écosystème plus intégré, dans lequel la prévention par l'activité physique ne serait plus accessoire, mais constituerait un véritable pilier dans la prise en charge des maladies chroniques. Elles pourraient également ouvrir la voie à de nouvelles recherches, notamment sur le rôle des patients comme relais entre acteurs, ou sur les modalités d'évaluation des impacts de l'APA sur la qualité de vie, l'observance thérapeutique et les coûts de santé à long terme. Autant de pistes qui pourraient enrichir encore l'articulation entre santé publique et médecine de terrain.

En appliquant ces pistes en synergie, on peut espérer diminuer progressivement les barrières identifiées et mobiliser les leviers pour améliorer la coordination entre médecins généralistes et Maisons Sport-Santé dans le bassin minier du Pas-de-Calais.

Sur le plan de la recherche, plusieurs prolongements mériteraient d'être explorés. Une extension de l'enquête à un échantillon plus large, couplée à une approche mixte (quantitative et qualitative), permettrait de confirmer et de généraliser les résultats obtenus. Cela permettrait une mesure plus précise de la fréquence des problématiques évoquées, comme le manque de communication ou les difficultés d'orientation vers les dispositifs d'activité physique adaptée.

Par ailleurs, l'intégration d'autres parties prenantes, notamment les patients, les kinésithérapeutes ou les coordinateurs de parcours, constituerait un enrichissement important. Le point de vue des patients, en particulier, apporterait un regard complémentaire sur les effets concrets de la coordination interprofessionnelle sur la qualité des parcours de soins, l'adhésion à l'APA et la motivation à long terme.

Autant d'axes qui permettraient de renforcer la pertinence et l'opérationnalité des politiques sport-santé dans les territoires.

CONCLUSION

Ce travail visait à mieux comprendre les conditions et les freins à la coordination entre médecins généralistes et Maisons Sport-Santé dans le cadre de l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. À travers une approche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels issus des deux secteurs, cette étude a permis de mettre en évidence des tensions, des incompréhensions mais également des dynamiques de collaboration prometteuses.

Les résultats montrent que si la volonté de coopérer est globalement partagée, la coordination reste encore limitée par plusieurs facteurs : une méconnaissance réciproque des missions, l'absence de dispositifs de communication structurés, ou encore le manque de temps et de reconnaissance institutionnelle de ces interactions. Dans ce contexte, les Maisons Sport-Santé apparaissent comme des acteurs encore insuffisamment intégrés dans les parcours de soin, malgré leur potentiel en matière de prévention et d'éducation thérapeutique.

Au-delà des outils techniques, cette étude rappelle que la coordination repose avant tout sur des relations humaines : reconnaissance mutuelle, confiance partagée, et volonté institutionnelle d'agir ensemble dans un cadre structuré. En ce sens, l'avenir du sport-santé dépend autant des dispositifs que de la capacité des professionnels à construire ensemble une vision partagée de la prévention.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Haut Conseil de la santé publique. *Les maladies chroniques* [Internet]. ADSP, n°72; Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=112>
- (2) Grimaldi A, Caillé Y, Pierru F, Tabuteau D. *Les maladies chroniques: vers la troisième médecine*. Odile Jacob; 2017. 533 p.
- (3) Santé publique France. *Qualité de vie, santé mentale et environnement* [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel/qualite-de-vie-sante-mentale-et-environnement>
- (4) France Mutuelle. *Comprendre l'impact des maladies chroniques sur la santé* [Internet]. Disponible sur: <https://www.francemutuelle.fr/fiche/quel-est-limpact-des-maladies-chroniques/>
- (5) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie* [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-maladies-chroniques-touchent-plus-souvent>
- (6) Morisset J, Chambaud L, Joubert P, Rochon J. La prévention dans les systèmes de soins : défis communs pour la France et le Québec. *Prat Organ Soins*. 2009;40(4):275-82. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-4-page-275?lang=fr>
- (7) Slama-Chaudhry S. *Recherche-Action : Prise en charge des maladies chroniques en Médecine Générale* [Internet]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/enseignement_therapeutique_pour_maladies_chroniques/memoire_difep_etpenmgx_slama-chaudhry.pdf
- (8) Préfecture de la région Hauts-de-France. *Les enjeux de santé dans le bassin minier* [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/Region-et-institutions/L-action-de-l-Etat-dans-la-region/Amenagement-du-territoire-logement-transport-et-infrastructures/Engagement-pour-le-renouveau-du-Bassin-minier-du-Nord-et-du-Pas-de-Calais>

- (9) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *L'état de la santé de la population en France* [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Profils%20r%C3%A9gionaux.pdf>
- (10) Préfecture de la région Hauts-de-France. *Portrait de territoire socio-sanitaire Bassin Minier* [Internet]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/109306/download?inline>
- (11) Organisation mondiale de la Santé. *Constitution* [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- (12) Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Activité physique* [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- (13) Haute Autorité de santé (HAS). *Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte* [Internet]. HAS; 2022. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicales-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante
- (14) Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. *Activité physique, sédentarité et santé* [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-sedentarite-et-sante>
- (15) Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain* [Internet]. OMS; 2019. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/327168>
- (16) 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. *Journal officiel de la République française*. 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033748987>
- (17) Ministère des Sports et Ministère des Solidarités et de la Santé. *Stratégie nationale sport-santé 2019-2024* [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>

- (18) France Assos Santé. *Activité physique adaptée : conseils pratiques pour l'intégrer dans son parcours de soins* [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2018/12/03/activite-physique-adaptee-conseils-pratiques-pour-integrer-dans-son-parcours-de-soins/>
- (19) URPS Médecins Île-de-France. *Kit prescription de l'activité physique* [Internet]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2024/05/KIT-APA-URPS-2024.pdf>
- (20) Barbin JM, Camy J, Communal D, Perrin C, Fodimibi M, Vergnault M. *Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en Activité Physique Adaptée* [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01217257/file/R%c3%a9f%c3%a9rentiel%20Enseignant%20en%20Activit%c3%a9%20Physique%20Adapt%c3%a9e.pdf>
- (21) Mino JC, Perrin C. Comprendre l'activité physique dans la maladie chronique : proposition d'un cadre théorique d'analyse. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2021 juin;69(3):127-33. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762021000717>
- (22) Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. *Le référentiel de la profession* [Internet]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2012/12/le-referentiel-2013.pdf>
- (23) Haute Autorité de santé (HAS). *La prescription d'activité physique adaptée (APA)* [Internet]. HAS; 2022. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/synthese_prescription_apa_vf.pdf
- (24) Ninot G, Flori N, Huteau ME, Stoebner-Delbarre A, Senesse P. Activités physiques et cancers : des bénéfices prouvés pendant et après les traitements. *Bull Cancer*. 2020 avr;107(4):474-89. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0007455120300382>
- (25) Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). *Activité physique, prévention et traitement des maladies chroniques - Expertise collective* [Internet]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2019-02/inserm-ec-2019-activitephysiquemaladieschroniques-synthese.pdf>
- (26) Fédération Française des Diabétiques. *Les bienfaits de l'activité physique sur ma santé* [Internet]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/sport-activite-physique>

- (27) Ma JK, Floegel TA, Li LC, Leese J, De Vera MA, Beauchamp MR, et al. Tailored physical activity behavior change interventions: challenges and opportunities. *Transl Behav Med*. 2021 déc;11(12):2174-81. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8672936/>
- (28) Mon Parcours Handicap. *Comment bénéficier du sport sur ordonnance ?* [Internet]. Disponible sur: <https://www.monparcours handicap.gouv.fr/sport/comment-beneficier-du-sport-sur-ordonnance>
- (29) LOI n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024. *Journal officiel de la République française*. 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048668665?isSuggest=true>
- (30) Croquin M, Galudec PM, Magot L, Cugeron A. La prescription d'activité physique adaptée chez les adultes atteints de pathologies chroniques par les médecins généralistes, en France et à l'étranger : étude des freins et leviers. Une revue systématique de la littérature. *Sci Sports*. 2023 juin;38(4):337-54. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S076515972300045X>
- (31) Pellegrin N. *Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin* [thèse]. Lille: Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2014.
- (32) Ancellin R, Caillet D. Prescription d'activité physique par les médecins : freins et leviers. *Santé Publique Fr. Santé en Action*. 2022;(462):19-21. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/514534/document_file/602516_spf00004436.pdf?version=1
- (33) Krim F, Perwez T, Gignon M, Bréchat PH, Leprêtre PM. Prescription de l'activité physique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes Picards. *Sci Sports*. 2022 févr;37(1):37-44. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0765159721001040>
- (34) Haute Autorité de Santé (HAS). *La prescription médicale d'activité physique adaptée à des fins de santé* [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/presentation_aps_crppi_27022024.pdf

- (35) Décret n° 2023-170 du 8 mars 2023 relatif à l'habilitation des maisons sport-santé. *Journal officiel de la République française*. 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047278435>
- (36) Ministère des Sports. *Devenir Maisons Sport-Santé* [Internet]. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/devenir-maisons-sport-sante-2460>
- (37) Oualhaci A. Les Maisons sport-santé : des enjeux de coordination, de légitimation et de financement. *Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP)*. 2023 juill;(69). Disponible sur: <https://injep.fr/publication/les-maisons-sport-sante-des-enjeux-de-coordination-de-legitimation-et-de-financement/>
- (38) Ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative. *Maisons Sport-Santé : le Gouvernement annonce de nouvelles mesures de soutien* [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/maisons-sport-sante-le-gouvernement-annonce-de-nouvelles-mesures-de-soutien-2463>
- (39) Bouttet F, Didierjean R, Hot F, Lepori M, Lessard C. Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique. L'entrée des « Maisons Sport-Santé » dans le dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique. *Émul Rev Sci Soc*. 2023 déc 25;(45):37-56. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/emulations/495?file=1>
- (40) Arrêté du 25 avril 2023 portant cahier des charges des maisons sport-santé et contenu du dossier de demande d'habilitation et de renouvellement d'habilitation. *Journal officiel de la République française*. 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047558874>
- (41) Oualhaci A. Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique. *Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP)*; 2022. Disponible sur: <https://injep.fr/wp-content/uploads/2023/06/rapport-2023-05-Maisons-Sport-Sante-Synthese.pdf>
- (42) Fédération de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Hauts-de-France (FEMAS HDF). *MSP en mouvement* [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/elementor-13033/>
- (43) DAPAP 38. *Prescri'Bouge* [Internet]. Disponible sur: <https://prescribouge.fr/>

- (44) Prévention Sport. *Le Programme PEPS* [Internet]. Disponible sur:
<https://prevention-sport.fr/le-programme-peps/>
- (45) Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. *Vivre avec une maladie chronique* [Internet]. 2025. Disponible sur:
<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>
- (46) Laporte C, Piquemal D, Moreau J, et al. Physical activity prescription in general practice in France: where do we stand? A cross-sectional study. *PLoS One* [Internet]. Disponible sur:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11995513/>
- (47) Bouhon JP. La coordination : un outil pour l'interdisciplinarité ? [Internet]. Fédération des maisons médicales. 2016. Disponible sur:
<https://www.maisonmedicale.org/la-coordination-un-outil-pour-l-interdisciplinarite/>
- (48) APMSL. *L'Inspir'Café - Les partenariats entre MSP et Maisons Sport-Santé* [Internet]. Disponible sur:
<https://www.apmsl.fr/boite-outils/inspir-cafe-partenariats-entre-msp-et-maisons-sport-sante>
- (49) FEMASIF. *L'ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel* [Internet]. Disponible sur:
<https://www.femasif.fr/laci-accord-conventionnel-interprofessionnel/>
- (50) AVEC Santé. *Guide de la coordination pluriprofessionnelle* [Internet]. Disponible sur:
<https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2022/02/guide-coordination-22-web.pdf>
- (51) Fumagalli LP, Radaelli G, Lettieri E, Bertele P, Masella C. Patient Empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy*. 2015 mars;119(3):384-94. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25467286/>
- (52) Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*. 2002 oct;48(2):177-87. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12401421/>
- (53) Guingal P. La littératie en santé : destinée à l'amélioration de la santé ? *Santé Publique*. 2024 mai-juin;36(2):13-22. Disponible sur:
<https://shs.cairn.info/publications-de-paul-guingal--799217?lang=f>

ANNEXES

Annexe I : Guides d'entretiens.....	1
Annexe II : Note d'informations remis aux participants de l'étude.....	3
Annexe III : Retranscriptions des entretiens.....	5

Annexe I : Guides d'entretiens

Médecins généralistes
Pouvez-vous en quelques mots vous présenter (en exercice coordonné ?)
Quelle est votre perception de l'Activité Physique Adaptée ?
Est-ce que vous pouvez m'expliquer son rôle dans la prise en charge des maladies chroniques ?
Expliquez-moi quelle est la place de l'APA dans votre pratique avec vos patients atteints de maladies chroniques
Comment percevez-vous le rôle des professionnels de l'APA dans le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques ?
Racontez-moi votre expérience et votre perception des Maisons Sport-Santé
Pouvez-vous décrire une situation concrète où vous avez adressé un patient vers une MSS ?
Expliquez-moi comment se passe la communication avec les différents professionnels de l'APA
Expliquez-moi comment votre mode d'exercice peut influencer vos interactions avec les Maisons Sport-Santé ou l'APA en général
Quels sont, selon vous, les principaux freins et leviers à la coordination entre MSS et médecins généralistes ?
Quelle(s) proposition(s) est ce que vous pourriez faire pour améliorer la coordination avec les MSS dans le parcours des personnes atteintes de maladies chroniques ?

Professionnels de MSS
Pouvez-vous en quelques mots vous présenter
Pouvez-vous présenter le fonctionnement de votre MSS et votre rôle en son sein ?
Comment percevez-vous le rôle des professionnels de l'APA dans le parcours de soins des maladies chroniques ?
Expliquez-moi si et comment le mode d'exercice d'un médecin généraliste peut influencer l'orientation des patients et la coordination avec les Maisons Sport-Santé.
Expliquez-moi comment se passe la communication avec les médecins généralistes
Quels outils ou protocoles utilisez-vous pour faciliter la coordination avec les médecins ?
Quels sont, selon vous, les principaux freins et leviers à la coordination entre vous et les médecins généralistes ?
Quelle(s) proposition(s) pouvez-vous faire pour améliorer la coordination avec les médecins généralistes dans le parcours des personnes atteintes de maladies chroniques ?

Annexe II : Note d'informations remis aux participants de l'étude

Note d'information

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études, je vous propose de participer à une recherche sous la direction de TIZAGHTI Hinde, Cheffe de projet à l'ARS, fondée sur des entretiens individuels. Cette recherche a pour objectif d'explorer les perceptions, pratiques et attentes des professionnels de santé en termes de coordination concernant les Maisons Sport-Santé dans la gestion des maladies chroniques.

La durée prévisionnelle de la recherche est de 6 mois (De janvier à juin 2025). En consentant à participer à cette recherche, vous vous engagez à réaliser un entretien. La date sera fixée en fonction de vos disponibilités.

Les entretiens seront enregistrés par une application sur le smartphone puis retranscrit et analysés sur un ordinateur sécurisé par un mot de passe. Les données recueillies seront traitées exclusivement par mon encadrante et moi-même, conformément aux recommandations de la CNIL.

Par la présente, vous consentez librement et de façon éclairée à participer à ce travail de recherche.

Toutes les données personnelles vous concernant seront anonymisées dans les retranscriptions et lors de l'analyse, dans le cadre de cette recherche.

Vous pouvez également à tout moment, et ce sans qu'il ne puisse être recherchée votre responsabilité, vous retirer du protocole auquel vous avez initialement consenti sans délai de préavis. Dans ce cas, les données collectées jusqu'à votre retrait effectif seront utilisées pour l'analyse des résultats de la recherche.

A l'issue de la recherche, il vous est possible d'obtenir la communication des résultats par demande réalisée par courriel.

Si vous acceptez de participer à la recherche, je vous prie de bien vouloir apposer votre signature précédée de la mention « lu et approuvé » sur le document joint, que vous auriez préalablement daté.

Formulaire de recueil de consentement

Je soussignée,

Accepte librement de participer à la recherche intitulée « Optimiser la coordination entre Maisons Sport-Santé et professionnels de santé dans la prise en charge des maladies chroniques » réalisée par DACQUET Eve-Anne, dans le cadre de son travail de fin d'études en Master 2 Coordination des trajectoires de santé, sous la direction de TIZAGHTI Hinde, Cheffe de projet à l'ARS.

Par la présente, je confirme

- Avoir pris connaissance de la note d'information figurant à la page 1 du présent document, m'expliquant l'objectif de cette recherche, la façon dont elle va être réalisée et ce que ma participation va impliquer ;
- Avoir en ma possession un exemplaire de la note d'information ;
- Avoir compris que ma participation est libre et que je pourrai dès lors interrompre ma participation à tout moment, sans que cela ne puisse donner lieu à une quelconque recherche de responsabilité devant une juridiction ordinale ou judiciaire ;

Date :

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé ».

Annexe III : Transcriptions entretiens

Entretien 1	MSS1
-------------	------

Eve-Anne : Tout d'abord, je vous remercie pour cet échange. Pour commencer, est-ce que vous pouvez présenter en quelques mots ?

MSS1 : XXX, enseignant en activité physique adaptée et chargé de développement à l'Ufolep Pas de Calais, sur le territoire de XXX pour la fédération sportive de l'Ufolep Pas de Calais sur le comité départemental.

Eve-Anne : D'accord, très bien. Et donc quel est votre rôle précisément ?

MSS1 : Alors mon rôle est d'animer des séances d'activités physiques adaptées pour tout public, à tout âge et à tout parcours de vie. Donc on va dire de la maman enceinte au petit bébé jusqu'à la personne âgée, des sportifs ou non sportifs, des personnes dans un parcours de soins ou dans une reprise d'activité physique. Donc ça, c'est sur l'animation des séances. Et après, mon autre rôle est celui de développement de projet. Donc l'objectif c'est d'animer, de trouver des financements, de dynamiser les projets pour avoir une offre sportive plus importante et plus de monde dans nos séances tout simplement. C'est un rôle de développement.

Eve-Anne : D'accord, très bien. En ce qui concerne la maison sport santé, est-ce que vous pouvez me présenter son fonctionnement... oui, son fonctionnement ?

MSS1 : Du coup, la Maison Sport santé, Ufolep Pas de Calais. Alors, elle est basée sur 3 territoires, donc 3 Maisons Sport-Santé bien distinctes. La première, c'est celle sur le Calaisis, qui regroupe pas mal de comités de communes du Calaisis. La 2^{de}, c'est en partenariat avec l'Office des sports d'Arras, donc sur l'Arrageois. Et puis la 3^e, c'est anciennement sur le PMA, le pôle métropolitain d'Artois, qui regroupe Hénin-Carvin, Lens-Lièvin et Béthune Bruay. Donc c'est un très gros bassin de population. Quasiment 1 000 000 pour celui de la PMA. Et le dispositif maison sport-santé a pour vocation de promouvoir, de faire de la sensibilisation, de la prévention, de l'activité physique pour les publics qui ne sont pas sportifs. Alors comme je dis, les publics qui ne sont pas sportifs, ça va être les publics qui sont... qui n'ont pas pratiqué depuis un long moment et qui sont peut-être sédentaires, les publics qui sont dans un cadre de parcours de soins et les publics qui souhaitent raccrocher à une offre sportive adaptée et une offre sportive qui leur convient, contrairement à une offre sportive déjà existante qui ne leur convient pas. Peut-être pour les salles de sport, peut-être les assos. Le but c'est de trouver vraiment, ce qui convient le plus aux gens. Alors c'est un objectif de raccroche. Donc on est une passerelle. L'objectif, c'est d'aller chercher ces publics là pour ensuite les remettre sur le chemin de la pratique de manière régulière et sur du long terme. Donc, nous les accueillons un certain temps pour ensuite essayer de les faire basculer dans les assos, dans les créations d'offres qui n'existent peut-être pas, peut-être vers les salles de sport, mais c'est assez rare. Peut-être vers une pratique autonome. Enfin voilà, si on résume,

l'objectif de la maison sport santé en quelques mots, c'est simplement remettre un maximum de personnes sur le chemin de la pratique d'une activité physique.

Eve-Anne : D'accord, très bien. Et en ce qui concerne par exemple quelqu'un dans un parcours de soins avec une maladie chronique, quand elle arrive vers vous, est-ce qu'il y a un bilan au départ, comment ça se passe ?

MSS1 : Oui oui, alors nous on appelle ça à l'Ufolep à la maison sport santé les contrôles techniques. C'est un petit terme qui plait ou qui ne plait pas. Mais l'objectif c'est de faire un bilan de conditions physiques. Alors on fait différents tests normés, on fait des tests, on mesure un petit peu le niveau de sédentarité de nos usagers, le niveau d'activité physique. Et puis après on fait des tests de conditions physiques, équilibre, force, souplesse, renforcement des membres inférieurs, endurance, etc. On fait vraiment un panel de questions et puis de passage physique. Ça dure à peu près 01h30 pour voir justement si au bout de 6 mois, au bout d'un an, ils se sont améliorés sur ces premiers tests.

Eve-Anne : Et donc toujours dans le parcours du soin du de la personne atteinte de maladie chronique, comment est-ce que vous, vous percevez le rôle notamment du professionnel de l'APA ?

MSS1 : Alors il y a une grosse approche, une approche sociale. Premièrement, c'est pas que se remettre sur le chemin de la pratique physique, mais aussi sur la plupart du temps briser l'isolement social. Ça c'est essentiel pour la plupart, pas tous, mais la plupart de nos usagers, c'est ça. En fait, l'approche, elle va être de mettre un petit peu nos usagers dans un cocon sportif en termes bah d'accueil chaleureux en termes de variété des séances proposées, en termes de confort de salle et aussi en termes de mobilité, c'est à dire que nous on essaie de se déplacer auprès des usagers pour que les usagers fassent le moins de route possible. Donc on occupe des salles communales, on occupe des salles de partenaires donc nos usagers, ils font en moyenne entre 5 minutes et 15 minutes maximum pour venir en séance avec nous. On leur offre, on leur donne la possibilité de venir 2 fois par semaine avec nous, une fois en salle et une fois en marche nordique. Le but, en fait, voilà, c'est de leur donner 100, 120 min d'activité physique hebdomadaire. Alors idéalement, il leur faudrait 150 et du coup pour combler les 30 minutes qui manquent, on leur propose aussi maintenant de les de les connecter un petit peu. On a eu on utilise une plateforme qui s'appelle déneo, sur lequel on leur programme des séances à faire chez eux quand ils veulent en fonction de leurs besoins. Donc par rapport à ce bilan initial, s'ils ont un besoin d'équilibre, on va leur mettre des séances visio, vidéo, des supports vidéo sur leurs applications, donc on les aide à les installer, à l'utiliser, et cetera. Et puis une fois qu'on a, qu'on leur a mis, bah, des séances d'équilibre, s'ils ont besoin d'équilibre, on les invite à le faire de manière régulière pour justement combler ce petit manque de capacité à ce moment pour ces personnes. Et puis voilà du coup en leur proposant leurs 150 minutes d'activité physique avec un lien social avec des événements parallèles. Donc, en fait, on les sollicite aussi sur des événements de parcours du cœur, mois sans tabac, enfin bref pas mal d'éléments de sensibilisation. Et puis sur des événements ufolep, c'est -à -dire qu'on a des événements sportifs. Je pense à ufo nature, je pense à la journée départementale sport santé. Je pense à plein d'événements qui sont

ufolep, qui permettent de fédérer, permettent aussi de valoriser puis d'engager le pratiquant dans une pratique et potentiellement aussi dans du bénévolat, dans de l'investissement. Enfin voilà, c'est rendre acteurs les gens de leur santé par l'outil qui est l'activité physique, qui est le sport aussi.

Eve-Anne : D'accord, et donc vous ressentez par exemple les bienfaits que ça peut apporter pour les patients ?

MSS1 : Ouais alors, on mesure bah par ces tests à la fin du programme, souvent 6 mois ou un an plus tard. Après bah visuellement on sent parce qu'il y a une présence moyenne sur le territoire du Pas de Calais. Sur 1700 personnes pris en charge hebdomadairement, on a la présence d'environ de 60 entre 70 et 75% si, je retiens bien mes chiffres. Bon, on a une bonne présence. Et puis après on sent que les gens en fait, bah, le fait que ça leur convient c'est qu'ils ont... on a du mal à les mettre dehors. Alors les mettre dehors c'est un grand mot, c'est que nous on peut pas les mettre dehors pour dire Bah voilà, on vous a accompagné pendant 6 mois, un an, 2 ans voire 3 ans pour certains. Ça s'arrête là parce qu'on doit faire de la place pour d'autres, bah vous vous débrouillez. Alors nous on veut absolument pas faire ça. Du coup là depuis bientôt un an et voir même un peu plus, on essaie de lever des leviers pour les engager. Alors soit dans nos associations parce qu'on a un réseau d'associations assez important, on a quasiment 400 associations sur le territoire du Pas-De-Calais. Alors parfois les associations ne correspondent pas au niveau de la pratique pour ces pratiquants. Du coup, on essaie de créer cette une association avec eux, une section de l'association où on essaie de créer un modèle économique pour pouvoir avoir un intervenant. On essaie de faire enfin une vie association mais dans leur créneau. Et puis bah c'est pour ça qu'on sent que l'engagement fonctionne. Mais l'engagement fonctionne bien dans nos séances. Maintenant faut qu'on arrête, qu'on réussisse à basculer d'un engagement dans nos séances, où on leur donne tous les clés en main. Enfin, tous les outils où il y a qu'à consommer j'ai envie de dire presque, à s'engager par eux-mêmes. Je veux dire, bah justement, prendre des responsabilités pour créer une dynamique dans le village. Peut-être créer une section gym douce dans le village, peut-être créer une section activités physiques dans la commune, dans une salle. Enfin voilà, c'est tout ce qu'on essaie de travailler avec nos usagers pour aussi à redire, nous nous faciliter le boulot. Et puis pour aussi engager les futures personnes qui passent par le dispositif, disons santé dans cette association, dans ces sections.

Eve-Anne : Oui. Et du coup, en ce qui concerne toujours les maladies chroniques, donc ils sont souvent orientés par des médecins, est-ce que vous avez des liens indirects ou non avec les médecins ?

MSS1 : Alors ouais. On sensibilise les médecins par différents événements, parfois que les cpts, parfois avec... on a fait quoi, on a fait... J'ai plus le nom, mais les groupements médecins libéraux ?

Eve-Anne : Les URPS ?

MSS1 : Oui c'est ça, les URPS médecins libéraux. Des partenaires de santé institutionnels, filieris... On avait aussi quelques médecins de femas, on avait. Enfin voilà.

Pas mal de médecins, que ce soit des libéraux ou des praticiens en structures hospitalières ou autres, on essaie de prendre des temps pour les sensibiliser, souvent de manière collective, pour nous gagner du temps parce qu'eux aussi n'ont pas forcément beaucoup de temps. Et après, si on essaie d'être plus direct, on a plusieurs outils de communication. On a le premier qui est le site Medica sport sur lequel les médecins ou même des partenaires peuvent orienter. Alors quand je dis les partenaires, c'est que ce n'est pas forcément une prescription médicale, c'est une orientation. C'est à dire que quelqu'un par exemple qui travaille dans un centre social, ou bien une secrétaire d'accueil qui observe que quelqu'un aurait besoin d'être d'un accompagnement social, de se rapprocher d'activité physique, peut simplement, orienter via le site Medica sport. Tu cliques, tu veux un usager, un patient. Et après notre outil de communication, c'est la boîte medica sport qui est une petite boîte de médicaments dans lequel il n'y a pas de médicaments. Mais il y a toutes les informations, où, quand, avec qui, pourquoi, comment, combien ça coûte de faire une activité physique... Donc les boîtes de medica sport, on les met à disposition des pharmacies, des partenaires sociaux, médicaux, paramédicaux. Et puis c'est comme ça qu'on fait notre réseau pour accrocher les personnes.

Eve-Anne : D'accord, et quand vous m'avez parlé de sensibilisation des professionnels de santé, ça consistait en quoi exactement ?

MSS1 : Alors ça dépend. soit on va directement voir la personne à sensibiliser, le praticien. Donc on lui explique avec un petit diapo avec enfin voilà, on lui met à disposition des boîtes médicales pour qu'on lui explique comment orienter son public simplement. Soit en fait... on fait des... ça s'appelle des formations ambassadeurs, on appelle ça comme ça dans la maison sport santé, c'est que chacun peut devenir ambassadeur de la maison sport santé. Ambassadeur en fait, c'est se former sur 1h en présentiel ou en visio sur bah comment en fait je peux donner une dynamique sportive auprès des patients, comment je peux les faire accrocher l'activité physique via ce dispositif. Comment je peux les orienter simplement. Donc ça dure 1 h. Là on travaille en ce moment pour faire une espèce de vidéo, accessible à n'importe quel moment. Alors il n'y a pas de retour, mais il peut y avoir des questions posées par la suite. Mais voilà, c'est toujours 1h la vidéo pour simplement trouver la meilleure accroche possible pour le praticien pour envoyer ses patients dans le dispositif maison sport santé.

Eve-Anne : Et est-ce qu'ils sont plutôt réceptifs dans ce genre de sensibilisation en général ?

MSS1 : Ça varie beaucoup, ça varie surtout déjà en fonction de la sensibilité du médecin aussi à l'activité physique, au sport. Certains y sont pas forcément sensibles, ça varie beaucoup aussi en fonction de leurs capacités à savoir prescrire. La plupart ne sont pas formées, alors ils n'ont pas été malheureusement pour eux, mais ils ne sont pas... Ils ne se sentent pas forcément capables de prescrire une activité physique. Alors nous, on ne demande pas forcément de prescrire une activité physique spécifique, mais on demande plutôt de préconiser. Et puis de pré contre indiquer. C'est -à -dire Bah. Préconiser, c'est ce que la personne doit plutôt travailler et contre-indiqué, c'est ce que la personne ne doit pas faire en fonction de ses capacités et son parcours de de santé. Mais ouais c'est ça. Il y a

vraiment des praticiens qui sont réceptifs et puis ils vont tout de suite dire Ouais ça me plaît bien le dispositif, j'ai envie que mes patients prennent soin de leur santé en étant acteurs de leur santé. Voilà certains oui et puis certains bah on va dire non, pas trop.

Eve-Anne : Et vous ressentez une différence, notamment si un médecin est par exemple, en exercice coordonné dans une maison de santé pluriprofessionnelle ou en CPTS, contrairement à d'autres médecins qu'ils exercent plus seuls ?

MSS1 : En libéraux oui, en différence entre les médecins qui font partie d'un groupement ou je ne sais quoi comme structure, mais ils ont plus facilement un angle, enfin ils s'engagent plus facilement, qu'un médecin libéral à part s'il est ultra sensible, mais c'est rare. Moins. L'engagement sera plus dur.

Eve-Anne : Et vous avez, une idée de pourquoi peut-être ?

MSS1 : Manque de temps peut-être ? Manque de temps. Il y a plusieurs facteurs, hein. Manque de temps, c'est que... Leur poser la question à eux. Peut-être que le projet ne leur plaît pas, ça peut arriver. Peut-être que eux-mêmes ne sont pas sensibles à l'importance de l'activité physique. Peut-être, enfin, je vais peut-être caractériser la chose, mais les médecins d'une ancienne génération le sont un peu moins que la nouvelle génération le sont un peu plus. Ouais, je pense qu'ils ont vraiment tous un planning booké qui fait que ils ne veulent pas... ils ne veulent peut-être pas prendre le temps de faire la sensibilisation de la prévention parce qu'on est avant tout sur un dispositif de prévention et de sensibilisation et eux ils sont vraiment sur du soin. Et même en quelques phrases, ça pourrait être simple, de leur dire Bah voilà il y a vous pourrez bien faire un petit peu d'activité physique Madame un tel, Monsieur X. Alors il y a un dispositif où il y a des séances pas loin de chez vous, appelez les et cetera. Même ce genre de choses, certains ne prennent pas le temps de le faire.

Eve-Anne : Et est-ce que vous auriez par exemple des propositions pour améliorer cette coordination avec les médecins dans le parcours des personnes atteintes de maladies chroniques notamment ?

MSS1 : Ben on aimerait bien travailler justement avec les médecins qui sont vecteurs, qui sont eux justement dans une dynamique, pour justement essayer d'aller chercher les autres médecins. Alors on passe pas uniquement par les médecins. Alors on va prendre le sens large, le praticien de la médecine, on va dire médecin, infirmière, enfin quasiment... on peut balayer pas mal de monde mais ceux qui sont justement pionniers, vecteurs, qui ont cette dynamique de d'orienter leurs patients, bah peut-être avec eux travailler sur comment on peut ramener tout le réseau des médecins à orienter et de faire ce dispositif maison sport santé, un dispositif incontournable pour la plupart des patients. Parce qu'en termes de prévention, je pense qu'il n'y a pas mieux en termes d'activité physique. Ouais, je pense que c'est la solution. On a déjà travaillé avec des médecins sur l'écriture d'une prescription médicale d'activité physique simplifiée, ça prend très peu de temps. On l'a fait de manière informatisée, donc dématérialisée. On a créé la boîte Medica sport avec un médecin sur un coup de comm parce qu'il fallait quelque chose de percutant et puis voilà. Et on a des stickers ambassadeurs, on a de la com, on a... On fait le plus de démarches

possibles en fonction de nos moyens financiers à vrai dire, mais en sorte que ça marche, on travaille avec des partenaires, filieris, santélis, on travaille avec pas mal de partenaires pour que justement eux sensibilisent leurs praticiens. Enfin voilà, on fait le maximum. Après, libre à chacun de s'investir ou non. Mais la solution, c'est peut-être s'appuyer sur ceux avec qui ça fonctionne pour trouver pourquoi ça ne fonctionne pas avec les autres.

Eve-Anne : Et vous connaissez peut-être la FEMAS avec le label MSP en mouvement ?

MSS1 : Alors c'est plus ma collègue XXX. Moi je suis seulement sur une aggro mais après sur mon aggro je pense pas que la femas soit beaucoup sur la XXX. Je sais pas trop dire, mais je connais brièvement.

Eve-Anne : D'accord ? Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter sur ce sujet ?

MSS1 : Non bah c'était pour vous. C'est pour vous expliquer, vous expliquer le dispositif. Après du coup c'est intéressant aussi de se pencher là-dessus. Parce que nous on n'a pas trouvé forcément tous les leviers. Il y a plus de freins que de levier après. On ne se base pas uniquement sur les médecins et heureusement pour nous, sinon on n'aurait pas grand monde. Mais on a essayé de faire aussi en soirée des temps sportifs où on les sensibilise, je pense avec l'URPS. On a fait un temps avec alors j'ai oublié le prénom et le nom avec qui, mais on a fait un temps, on sensibilise les médecins, ils sont venus très peu nombreux. C'est surtout des kinés qui sont venus, ils étaient 5 sont une soirée. On a fait aussi des temps avec la polyclinique. La CPTS ... , on a fait un temps avec les maisons de santé du territoire, c'est des maisons de santé où il y a plusieurs praticiens regroupés pour répondre aux déserts médicaux mais voilà. On a fait plusieurs points collectifs. Peu de retombées par rapport à l'investissement. L'entrée idéale, on ne l'a pas trouvée pour l'instant. On mise peut-être sur votre travail pour le faire.

Eve-Anne : Mais vous parliez aussi des kinés, est-ce qu'ils ne se sentent pas en concurrence un peu parfois avec les maisons de sport ?

MSS1 : Bon, certains oui je pense, mais de manière générale, la plupart ressentent plutôt une complémentarité ou un parcours de suite. D'abord, le kiné, lui, est plutôt pour un soin. Et l'activité physique est plutôt pour une remise en route, une... enfin une continuité. Ouais, certains ne sont pas forcément favorables aux APA, mais je n'ai jamais trouvé cette guerre. Ça dépend de chacun aussi.

Eve-Anne : Parfait, je pense que c'est bon pour moi.

Entretien 2	MSS2
-------------	------

Eve-Anne : Parfait alors pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots ?

MSS2 : Alors du coup moi c'est XXX, je suis professionnel en activité physique adapté et je suis aussi du coup chargé de développement sur l'agglomération XXX. En fait, à l'Ufolep, on est sectorisé par agglomération. Du coup moi là mon agro bah c'est la XXX.

Eve-Anne : Et donc. Quel est votre rôle précisément au sein de cette association ?

MSS2 : Alors mon rôle au sein de l'UFOLEP c'est de mettre en place des séances de sport santé mais donc parallèlement à ça du coup de déployer un petit peu tout le projet sport santé au sein de l'Ufolep. Donc ça comprend. Bah effectivement des temps de pilotage avec notamment l'agglomération, les communes, départements et d'autres acteurs sociaux et médicaux.

Eve-Anne : D'accord, très bien. Et est-ce que vous pouvez me présenter le fonctionnement de la maison sport santé en général ?

MSS2 : Alors en général, nous on va dire que le sport santé à l'ufolep, donc on était labellisé à plusieurs reprises maison sport santé, donc sur le XXX, ce qui représente du coup anciennement en intervenant sur Hénin-Carvin, Lens-Liévin et la CABBALR. On a été labellisé à Calais et sur l'Arrageois plus récemment avec l'Office des sports. Et comment ça fonctionne. C'est tout simplement, on a un numéro unique et donc en fait c'est ce qui permet d'orienter les gens. Donc c'est ce numéro-là qu'on va distribuer un peu à tout le monde, même du coup aux partenaires sociaux et social enfin social du coup et de santé. Et ce numéro-là du coup, il sert vraiment d'orientation. Et donc quand ils vont décrocher ce numéro-là, ils vont être redirigés vers l'accueil, ils vont remplir un petit questionnaire sur denéo, donc c'est une application qu'on a mis en place il y a quelques temps maintenant qui nous permet du coup de centraliser toutes les infos sensibles aux gens, mais aussi nous, on peut consulter et aussi avoir un suivi. Une fois que les gens l'ont contacté, nous après on va du coup avoir une notification, on va les recontacter derrière pour prendre rendez-vous soit sur une séance, soit sur un entretien vraiment individuel où là on va commencer un petit peu dire la prise en charge et donc là on va orienter les gens sur les créneaux les plus proches de chez eux et leur proposer aussi du coup une démarche qui leur convient le mieux par rapport à leur pathologie, leur vie, et cetera. Pour que les gens, quand ils rentrent du coup à l'Ufolep, ils vont passer des tests, des tests physiques mais aussi des questionnaires. C'est un peu comme une asso de sport en fait, les gens ils vont adhérer mais nous on a rajouté du coup sur ce côté-là un peu santé avec le questionnaire et les tests physiques. Et toute l'année, du coup ils vont pouvoir bénéficier d'une séance par semaine en intérieur, une séance en externe qui correspond du coup à une marche nordique.

Eve-Anne : D'accord

MSS2 : En plus de ça, ils vont pouvoir participer à tous les événements qu'on met en place hein, comme le parcours du cœur, octobre rose, mars bleu, mois sans tabac, enfin et cetera. On organise aussi du coup une journée départementale qui va avoir lieu dans quelques semaines à Liévin. Donc là, c'est vraiment la journée départementale du sport santé où tout en public du département va arriver sur un seul et le lieu. Et toute la journée,

ça sera du multisports, des stands de partenaires, et cetera, et cetera. Voilà un petit peu grossièrement ce que sont les Maisons Sport-Santé Ufolep.

Eve-Anne : D'accord ? Très bien et en termes d'adhésion, comment ça se passe à ce niveau-là ?

MSS2 : Alors oui. Bon là, le système va encore changer parce que du coup on en fait on se réajuste par rapport aussi aux aides qu'on a de l'État, hein. Forcément là cette année, on était sur... Avant, on était sur une adhésion libre. Donnez ce que vous pouvez. Ce n'est pas le système le plus le plus... comment dire... le plus sûr. Parce qu'il y a des gens qui jouent pas le jeu, et des fois ce n'est pas ce sur qui on aurait pensé compter en fait. c'est ceux qui en ont le moins qui redonne le plus, c'est con mais c'est vrai. Et puis bien souvent ceux qui ont les moyens de s'inscrire dans une asso, ils sont inscrits dans plein d'autres asso. Du coup, ben souvent le sport c'est vraiment la dernière échelle, dernier numéro de la chaîne et du coup ils ne donnent pas grand-chose. Il y a des gens qui nous embêtent en disant bah voilà, je vous donne 10€, je peux pas plus. Et en fait si on divise 10€ par exemple par le nombre de séances qu'ils font à l'année, ça représente peut-être 0,01€ de la séance, ce qui est vraiment dérisoire en fait. Donc cette année, on a mis en place un système différent. Les gens qui n'ont aucun problème de santé n'ont vraiment pas, on va dire, un profil maison sport santé sont sur un coût entre 100 et 150€.

Eve-Anne : D'accord

MSS2 : Si les gens ont un profil maison sport santé donc une pathologie, donc ALD, maladie chronique ou d'autres choses hein, ça se discute, on sera sur une base de 50€ et si à ça on va du coup associer une vulnérabilité sociale on sera sur une base de 25€ à l'année.

Eve-Anne : D'accord

MSS2 : On garde toujours le principe de pour la première année, adhésion libre. Voilà, on a vraiment la politique de l'ufoplep, c'est de se dire que les gens qui ont des problématiques de santé mais aussi une sorte de vulnérabilité, ça ne doit pas les empêcher d'avoir du coup un suivi sport santé donc c'est pour ça qu'on met en place ce principe là.

Eve-Anne : D'accord. Et donc toujours dans cette partie, pour les malades chroniques et avec des vulnérabilités, comment est-ce que vous percevez le rôle des professionnels de l'activité physique adaptée dans leur parcours de soins ?

MSS2 : C'est vraiment une continuité parce que souvent quand j'explique ça, je pense toujours je prends la vie d'une personne comme un continuum. On va dire qu'à un moment donné, il y a un accident de parcours de santé ou d'autres choses hein. Ça peut être une rupture avec une personne qui plonge notre adhérent dans l'isolement social, et cetera, et cetera. Et en fait, à la suite de ça, il y a toujours des professionnels de santé ou du social qui vont agir, intervenir. Je prends l'exemple de ... par rapport à un cancer. La dame va faire son suivi chez Vous connaissez ... ?

Eve-Anne : Non, du tout.

MSS2 : ... , c'est un acteur assez costaud sur XXX qui a un espace ressource cancer, donc on a un partenariat signé avec eux, ce qui permet en fait justement d'être à la suite d'être à la sortie des gens quand ils finissent leur programme avec On a aussi du coup sur les suivis, obésité et cetera. C'est intéressant parce que du coup, vraiment, on s'inscrit dans la continuité de parcours de soins de ces gens-là, c'est à dire que bah il y a pas de ... Aujourd'hui quand on a des gens qui terminent leur réhabilitation, bah après il y a plus rien, voilà. Alors si c'est pas à dire qu'il y a plus rien, mais en fait c'est à dire que c'est aux gens à faire la démarche. Avec le centre hospitalier, on a vraiment réussi à mailler le truc, c'est à dire que les gens ils ont des stages voilà du lundi au vendredi en ambulatoire et nous on a créé une séance le mercredi soir. C'est de 17h30 à 19h00. Ce qui veut dire qu'en fait, les gens qui ont fini leur stage, ils peuvent venir sur les mêmes lieux, mais avec d'autres profs APA, mais en fait ils vont se rendre compte que bah ce qu'on fait c'est pas si différent que ça. Je vais intégrer dans ces créneaux, des gens qui viennent de l'extérieur pour montrer que bah voilà c'est faisable en fait. Du coup il y a du lien qui se crée entre les gens, entre nous, et les gens du coup on va dire que la marche entre la réhabilitation et l'essence à l'extérieur sont beaucoup moins grandes. Et du coup, C'est alors c'était quoi la question de base ? Parce que moi je vais partir assez loin. La question de base, c'était comme on voyait le rôle. Et Ben le rôle en fait, c'est un rôle de continuité, d'accompagnement. On est là pour donner les outils aux gens. Moi je vois l'ufolep, enfin on voit l'ufolep comme une passerelle. Les gens ils vont arriver à l'instant T où ils n'ont pas les outils, pas les réflexions, pas les réflexes. Et nous on est là pour leur donner. Donc chez nous, vraiment, ça se veut être juste un temps une passerelle pour en fait repartir sur une asso, je ne veux pas dire classique mais standard par exemple. Mais là encore aujourd'hui, le problème c'est de trouver des portes de sortie, une organisation dans lesquelles on a confiance, où on peut orienter des gens. Des gens qu'on peut orienter mais n'ont pas forcément envie de faire de la pratique sportive ou compétitive, juste du loisir, et ça, c'est extrêmement compliqué à trouver.

Eve-Anne : Et donc par rapport à ces gens-là, par exemple avec le sport sur ordonnance, est-ce que vous avez de la communication par exemple avec les médecins généralistes ou ce genre de professionnels de santé ?

MSS2 : Ouais alors on a des... Du coup on fonctionne un peu avec les CPTS, on a des temps d'information des fois avec eux donc on s'insère un petit peu dans des réunions. Et puis là du coup on projette un petit peu notre maison sport santé, comment ça fonctionne, et cetera. C'est comme ça qu'on peut réussir à toucher le plus de médecins, enfin médecins... en tout cas des professions de santé, le plus facilement possible, le plus rapidement. Parce que c'est vrai que si on allait à chaque fois voir un médecin ou un professionnel, c'est très compliqué. On le fait, mais ça prend beaucoup, beaucoup de temps. Donc il y a ce genre de réunion qui nous permettent de faire un one shot assez important et puis assez efficace. Mais on a ce qu'on appelle, bah du coup, ça j'en ai pas sur moi, mais on a des boîtes de médicaments avec marqué Medica sport dessus, avec un Flyers à l'intérieur. Peut-être que si vous êtes allés dans les bureaux de XXX et des médiatrices, vous l'avez peut-être vu. Si vous y allez, vous leur demanderez ils en ont, comme ça vous verrez. Donc c'est une petite boîte de médicaments qui attire l'œil, un

petit. C'est juste pour dire que le mouvement c'est un médicament et donc à l'intérieur de cette boîte-là, avec le numéro unique dessus, il y a un flyers dans lequel en fait on va expliquer un peu la démarche sport santé. Comment ça fonctionne, l'orientation, le suivi, et cetera. Et cette boîte là, on peut les mettre sur des présentoirs en carton et on peut mettre en fait un peu partout.

Donc il y a 2 formats. Il y a un format, vraiment de comptoir, tout petit, ou carrément de sol avec tout présentoir avec les logos des partenaires. Et bah voilà.

Eve-Anne : D'accord. Et est-ce que par exemple les médecins sont réceptifs à ce genre de communication ? Est-ce que vous avez des retours ?

MSS2 : Alors on n'a quand même pas mal de médecins qui jouent le jeu, mais c'est... En fait ce qui est le plus compliqué, c'est ce qu'en fait il y a pas vraiment d'outils identifiés, pratiques de prescription et d'orientation. C'est... on en discutait encore je pense... c'était en décembre justement il y a une réunion CPTS. En fait les médecins ils veulent bien orientés, mais en même temps il y a la barrière des infos sensibles des gens auxquels nous on ne doit pas avoir accès et du coup ça bloque un peu. Il y a des sites comme Allô docteur qui peuvent fonctionner pour prescrire. Nous on a aussi notre site qui permet de prescrire sur ufolep. Mais bon, les médecins sont assez réticents à marquer les problématiques de santé des gens, et cetera, il y a, il y a cette barrière là. C'est pas évident de trouver un outil qui fonctionne. Donc c'est pour ça qu'en fait le numéro unique nous permettait d'avoir vraiment une facilité pour dire voilà un numéro de téléphone vous appelez. Mais j'ai presque envie de dire qu'en fonction de chaque partenaire, des fois l'orientation peut être différente.

Eve-Anne : D'accord.

MSS2 : Et c'est pour ça que nous, dans nos séances, quand les gens viennent s'inscrire, on leur donne une feuille pour que les médecins puissent directement prescrire cette feuille là. C'est peut-être con mais du coup par l'intermédiaire de cette feuille bah ils disent "Ah OK c'est une maison sport santé, ah bah je connaissais pas" et du coup voilà ça fait le lien quoi.

Eve-Anne : Et vous ressentez une différence entre, par exemple, les médecins qui pratiquent en exercice coordonné, que ce soit un en maison de santé pluriprofessionnelle, en CPTS et les médecins qui exercent seul ?

MSS2 : Bah c'est... c'est un peu 50 50 hein. C'est alors il y a des médecins qui vont se sentir hypersensibles parce que c'est voilà dans leur vie de tous les jours, ils pratiquent, ils ont compris l'importance du sport et du coup ça va aller de soi. Il y a des médecins qui sont encore un petit peu réfractaires à tout ça, on ne va pas en faire trop, surtout on ne sait jamais. Et en fait ouais, c'est vraiment 50 50 et des fois on a des médecins comme ça au sein de maison pluri pro, qui sont qui sont comme ça, mais. Oh, ça ne veut pas dire grand-chose. Après effectivement, il y a la démarche de fonctionner en réseau comme on l'a nous à l'Ufolep mais ce n'est pas 100% fiable quoi.

Eve-Anne : D'accord. Quels sont les principaux freins et les leviers à la coordination entre vous et les médecins en l'occurrence ?

MSS2 : Les leviers de quoi ?

Eve-Anne : Pour justement cette coordination.

MSS2 : Les leviers, je pense que c'est les temps de rencontre qu'on a, mais en même temps ils sont assez chronophages parce que quand ça se fait, ça se fait en soirée. Heureusement, il y a des buffets, donc ça, ça attire un peu les gens. Mais les leviers, je pense que c'est si on est consciencieux, on va vouloir offrir le mieux, c'est le mieux à ces patients, hein. Pas facile comme question. Parce que justement je pense que si on avait trouvé la réponse, ça irait plus vite et ça serait plus simple, mais. Bah... vraiment ... Justement, le contrôle levier c'est en fait c'est son chronophage et que des fois la prescription soit pas toujours évidente ou difficile, sur quel support, et cetera, c'est aussi de se dire Bah voilà, mais expliquez aussi aux gens qu'ils sont malades, ils ont des problématiques de santé mais ils doivent pratiquer. C'est une déconstruction à faire au sein de la pratique physique pour des gens auxquels des fois ils n'ont peut-être jamais mis un pied sur une séance de sport par exemple. Donc y a ces freins-là. Après, en termes de levier, je pense que... bah c'est être consciencieux et avoir envie d'offrir quelque chose de non médicamenteux à ces patients pour que ça aille mieux, mais ça, c'est extrêmement compliqué.

Eve-Anne : Oui.

MSS2 : Je réponds à moitié à la question parce que c'est elle est quand même assez difficile parce que dans le sens où... Les leviers, en tout cas, c'est vrai que nous on l'a identifié avec l'Ufolep, c'est comme je l'ai dit, c'est ces temps de rendez-vous ensemble. Au niveau des CPTS et d'autres choses, on a des réunions publiques avec d'autres professions de santé, ce qui nous permet vraiment de donner de l'info sur un temps très court et à beaucoup de monde. Et je pense que c'est le format qui fonctionne bien, mais après c'est vrai que le soir, des fois en semaine, machin c'est pas... c'est pas toujours évident.

Eve-Anne : Et vous les faites assez régulièrement ces temps de rencontres ?

MSS2 : Euh régulièrement ? Bah quand même ouais. On a souvent des temps après, là je sais que là y a le groupement hospitalier nous a contacté. Après, on a des réunions de temps en temps avec les ARS pour chapeauter un peu le projet, mais des réunions comme avec les CPTS, c'est organisé. Après ça dépend des thématiques qu'ils abordent lors de leur réunion. Généralement, en fait, on le fait lorsqu'ils vont se réunir pour des fois faire une élection d'un membre, ou... et cetera, ou refaire un point. Nous, on essaie de s'insérer sur leur ordre du jour.

Eve-Anne : En termes de suivi aussi. Donc les médecins vont vous orienter. Enfin vous prescrire des patients, est-ce que vous avez des retours ? Ou enfin vous contactez. Par exemple, les médecins contactent pour avoir un suivi de comment se passe...

MSS2 : Alors moi... en tout cas, avec le centre hospitalier de XXX, j'ai quelques professionnels de santé qui m'envoient des gens, donc c'est directement via leur adresse mail hein. Ils m'envoient des gens et des coordonnées que je dois recontacter par la suite. Mais sinon je vais vous montrer. Alors on va pas directement en contact avec les médecins par exemple. Mais avec l'application denéo, je vais vous montrer. Quand les gens font leur bilan... C'est un peu long... Peut-être que ça avec l'ordinateur, ça sera plus simple. Je vais prendre un patient que je connais bien. Ahh est-ce que je peux partager mon écran... normalement, moi je peux le faire. Est-ce que vous voyez mon écran ?

Eve-Anne : Oui, je vois.

MSS2 : Alors ça, admettons ça c'est mon espace sur denéo. Mais les gens, quand ils vont pouvoir... du coup, faire des tests, des questions, et cetera. Et normalement ils ont un bilan, ils vont pouvoir retrouver alors cet endroit-là peut être. Ils sont ici. Voilà donc en fait les gens ils vont avoir directement sur leur application denéo les résultats de leur test.

Eve-Anne : D'accord.

MSS2 : Donc là admettons, avec un test en début d'année. À partir de la semaine prochaine nous allons recommencer les tests de fin d'année et en fait nous on encourage vraiment les gens à aller chez leur médecin ou chez leur professionnel de santé avec ces données là, ce qui permet déjà de montrer vraiment que bah les séances ont un impact. Ils ont un suivi et ça nous permet aussi de nous faire connaître auprès des pros de santé.

Eve-Anne : Ça se passe un peu en lien indirect avec les patients finalement.

MSS2 : Ouais bah je vous dis le lien encore avec les... Ouais, c'est compliqué la transmission directe avec les professionnels.

Eve-Anne : Oui, d'accord.

MSS2 : Mais je pense qu'elle est vraiment due à bah, à un manque de temps pour certains professionnels, ça c'est normal, je le conçois, et aussi la barrière de... des données sensibles à garder et transmettre.

Eve-Anne : D'accord. Je vous ai posé toutes les questions que je pensais, donc si vous avez quelque chose à rajouter à ce sujet...

MSS2 : Non, après j'avais mis de côté un diapo qu'on avait préparé pour le comité de pilotage, justement avec l'agglo, je vais vérifier si je n'ai rien oublié. Attendais je vais vous partager, ce serait peut-être plus simple. Après l'idée de la maison sport santé Ufolep, c'est que on travaille vraiment en réseau, c'est tout un ensemble de projets. Donc là c'est marqué recherche innovation parce que en fait, moi-même je suis en fait en thèse. Je bosse notamment sur la mise à l'activité physique des gens qui sont en situation de vulnérabilité, de réussir à trouver des outils pour les mettre au sport de manière durable. Là je suis-je suis encore dedans hein. Le réseau médical, ce dont on parlait avec les CPTS, les médecins, les infirmiers et les kinés, partenaires sociaux, Ben c'est tout ce qui est centres sociaux. Les collectivités par exemple. Hop, ça, c'est notre réseau de partenaires sociaux. Il est assez vaste, hein. Il est presque des fois le plus important que

le réseau médical, qui est des fois un peu difficile à accrocher et à adhérer. C'est le réseau médical, donc vous avez APBS tout ce qui est concernant les programmes d'éducation thérapeutique, il y a les groupes de santé hein. Donc l'anac, l'ESPRAD, filieris, les structures hospitalières, les CPTS, sur lesquels on va s'insérer sur leurs réunions. On a la chance, c'est vraiment que c'est une des seules agglomérations où il y a des médiatrices santé, je sais pas si vous avez eu le temps de les rencontrer ou de faire des entretiens avec eux ?

Eve-Anne : Non du tout.

MSS2 : En fait, pour nous, on a un lien et une ressource assez importante parce que ils viennent sur nos séances et ils donnent l'info de ce qui se fait comme programme sur bah sur le moment donc c'est plutôt pratique à avoir sous la main. Et puis il y a des gens qui n'ont des fois pas de médecin traitant ou faire avoir des rendez-vous spécifiques. Et les médiatrices peuvent être un relais hyper hyper facilitant pour ça.

Eve-Anne : Ça d'accord.

MSS2 : On est, on est sur beaucoup d'endroits sur prioritairement sur les quartiers prioritaires et c'est là où à l'époque il y avait de l'argent pour intervenir parce que on pourrait pas intervenir gratuitement hein. C'était bête de dire ça, mais. Mais c'est aussi là qu'il y avait le plus de besoins en termes de santé. Et on ne fait pas que du sport santé aussi. Donc il y a le contrôle technique dont je vous ai parlé. Il y a l'activité physique adaptée. Il y a la marche nordique. On a aussi des programmes remis en scène. Et on a aussi de temps en temps un peu plus, de manière plus ponctuelle, des programmes d'alimentation justement qu'on crée avec prévoyance par exemple.

Eve-Anne : D'accord.

MSS2 : Ah bah justement, ça c'est nos outils de communication. Chez nos partenaires, on vient mettre un petit sticker pour dire que voilà, ils sont partenaires de la maison sport santé, on a des présentoirs. On a les flyers à l'intérieur de la boîte, le numéro unique...

Eve-Anne : Et quand vous dites partenaire, vous avez signé une convention avec eux ? Comment ça se passe ?

MSS2 : Alors on essaie de le faire le plus possible. En fait, des fois quand c'est oral, ben voilà, c'est oral. Ça ne vaut peut-être pas grand chose, mais on essaie le plus souvent de faire des conventions écrites. Du coup on écrit à quoi nous on s'engage et à quoi eux s'engagent. C'est forcément plus engageant. Mais bon, c'est pas toujours évident de vu le nombre de partenaires de faire une convention vraiment à chaque personne. Vous parlez aussi du coup de notre site pour faire de la prescription donc sur le site Medica sport et avant on avait des livrets sur lequel on avait quelques feuilles permettant de faire de la prescription, mais aussi du certificat médical. Voilà bon on a un réseau d'ambassadeur qui nous accompagne sur nos forums puisqu'en fait les personnes qui parlent le mieux du sport santé ça reste encore des adhérents, c'est plus accessible.

Eve-Anne : En ce qui concerne l'APA, vous faites des groupes particuliers en fonction de la pathologie ou c'est mélangé et vous vous adaptez ?

MSS2 : Non, c'est vraiment des groupes collectifs de 10 à 15 ou 20 personnes max. Et on a un peu de tout à l'intérieur. Après c'est une structuration un peu... enfin, un peu particulière, mais on veut vraiment que tout le monde soit mélangé. Après, c'est pour ça qu'on est sur des petits, des petits groupes, parce qu'on va se permettre d'être gérable, mais on veut vraiment mélanger les gens parce que du coup, on a souvent le retour des gens qui ont fait un programme en cancer. Ils disent "tiens ouais, c'est chiant à force, c'est toujours les mêmes personnes qui nous parlent des mêmes problèmes". Et le fait d'ouvrir sur des personnes qui ont des pratiques différentes, des fois plus compliquées encore, ça permet d'ouvrir un petit peu les yeux et de se dire "bah moi je vais pas si mal en fait" et on a beaucoup d'exemples de ce sens-là.

Eve-Anne : D'accord.

MSS2 : Donc là je parle de la maison sports santé, mais du coup c'est un petit peu comme ça que ça fonctionne. Donc il y a XXX qui est tout en haut. On a des gens qui nous aident un petit peu, notamment sur la communication. On a une coordinatrice sport-santé, XXX, qui reçoit les appels et après on a un chargé de développement, ce type qui peut être formé, qui peut accompagner nos adhérents qui veulent se constituer en association pour créer eux-même leurs propres offres. Et après, il y a tous les intervenants qui sont là et aussi de l'éducateur, qui sont en apprentissage. Donc il y a quand même un gros réseau d'intervenants ufolep. Voilà un petit peu, voilà.

Eve-Anne : Très bien.

MSS2 : Voilà, je pense avoir tout dit.

Eve-Anne : Ça semble tout bon pour moi aussi.

MSS2 : Si jamais tu as des questions, n'hésite pas à me faire un petit mail hein, j'y répondrai.

Eve-Anne : Très bien. Merci beaucoup.

MSS2 : Bah pas de souci et puis bah si jamais on se croise peut-être.

Eve-Anne : Oui bien sûr. Bonne après-midi, au revoir.

MSS2 : Au revoir.

Entretien 3	MG1
-------------	-----

Eve-Anne : Pour commencer, est-ce que tu peux te présenter ?

MG1 : Je m'appelle XXX. Je suis médecin généraliste, installée sur la commune de XXX, en secteur semi-rural, depuis 12 ans. On est donc dans une maison de santé

pluriprofessionnelle où il y a 5 médecins généralistes. Il a aussi trois infirmières, il y a quatre kinés plus un assistant, donc cinq. Une sage-femme, deux orthophonistes, une podologue et deux secrétaires et un mésothérapeute. Normalement j'ai fait le tour. Et sinon dans mon quotidien, c'est un peu tous les âges, les nourrissons, jusqu'à la personne très âgée. En termes de maladies chroniques, ça fait aussi partie de mon quotidien.

Eve-Anne : Du coup, qu'est-ce que ta définition de l'activité physique adaptée ?

MG1 : L'activité physique adaptée, ben pour moi c'est un peu comme ce que fait mon compagnon. Il est coach sportif, et selon les créneaux, il adapte un peu ses cours en fonction des publics. Par exemple, quand il a des personnes avec des pathologies, il va proposer des exercices plus doux ou ciblés. Donc l'activité physique adaptée et bien c'est l'activité physique qui est adaptée en fonction de la pathologie et qui est censée être de nature à améliorer l'état de santé du patient.

Eve-Anne : Et qu'est-ce que selon toi son rôle dans la prise en charge notamment de ces maladies chroniques ?

MG1 : Bah c'est super important hein, il y a pleins d'études qui ont montré que le sport améliore le pronostic de plein de pathologies, le vécu de plein de pathologies, donc c'est super important.

Eve-Anne : Ouais. Et du coup, c'est quoi ta perception à toi ?

MG1 : Le sport en général plutôt positif, le sport adapté pour nous, c'est plus compliqué parce qu'en fait on n'a pas beaucoup de choses, enfin sur mon secteur en tout cas, les intervenants, c'est un peu compliqué. Donc pour moi, c'est compliqué à mettre en place ça concrètement.

Eve-Anne : Dis-en moi plus.

MG1 : Bah moi j'ai pas de... si je veux faire du sport adapté sur mon secteur, j'ai mon compagnon éventuellement en possibilité à XXX. Après je dois envoyer les gens sur XXX. Il y a des maisons sports santé à XXX, j'en ai pas. Enfin en tout cas à ma connaissance, pour l'instant il y en a pas sur XXX. Ouais c'est que XXX. Et du coup bah les gens en général ils ne veulent pas aller sur XXX. C'est trop loin. Les gens qui ont des pathologies chroniques en tout cas ne veulent pas se déplacer sur XXX, ouais.

Eve-Anne : Il est dans ces situations là, tu leur fais des ordonnances ?

MG1 : Non alors en fait, je me suis formée en sport-santé. J'ai fait une formation DPC, là tu sais, les formations que nous on doit faire de façon obligatoire. On a un quota d'heures de formation, on choisit les thèmes qu'on veut. Moi j'ai choisi il y a une année où j'ai choisi sport santé. Je suis sortie de ma formation, je me suis dit bah en fait ça m'a servi à rien parce que je ne sais pas prescrire du sport sur ordonnance. Donc voilà, la formation pour le coup, pour l'instant c'est 0. Après le... le problème c'est qu'il y a pas de... Il y a pas de prise en charge financière finalement, donc ça c'est aussi un gros frein. Et puis après c'est enfin moi, je suis pas formée pour ça, c'est hyper complexe. Enfin dans la formation que j'avais eue, il fallait prescrire un temps d'effort physique dans une certaine fréquence

cardiaque, dans une certaine... c'est exprimé en en joules je pense. Enfin c'était un truc que je ne maîtrisais pas du tout, j'étais complètement théorique. Enfin donc non ça pour le coup. Je ne suis pas une convaincue. Le principe est super bon, mais autant je vais conseiller une activité physique sportive, autant prescrire, pour l'instant, c'est complètement théorique, et de l'ordre d'un monde idéal qui n'existe pas, on va dire. En tout cas, sur mon secteur, je parle. Après, à mon avis sur XXX, ils ont l'habitude parce que je une fois, j'ai eu affaire à la maison sport santé de XXX. Alors je ne sais plus parce qu'en fait j'ai une patiente qui y travaille ou qui y a travaillée. Et donc j'ai envoyé une patiente, alors je sais même plus pourquoi c'était. Je me demande si c'était pas un syndrome dépressif d'ailleurs, je ne sais plus. Et donc en fait elle m'avait donné une fiche pré remplie de prescription. C'était un carnet même je pense. J'avais juste eu à remplir un carnet, donc c'était plus simple, mais en en dehors de ce cadre-là, rien.

Eve-Anne : Et si il y avait plus de de choses comme ça, d'initiatives comme ça, est-ce que ça serait plus utile ?

MG1 : Ah bah oui, ça serait beaucoup plus simple si j'adressais simplement le patient à la maison de sport santé si y en avait une à côté de mon cabinet et qu'en échange on me renvoyait juste un petit carnet à remplir si y a des choses assez simples. Parce que il faut pas me demander de prescrire, euh j'en sais rien, 30 min de course à pied avec telle fréquence, c'est pas mon domaine. Enfin moi je suis pas médecin du sport donc je ne sais pas. Mais oui, si, ça serait plus simple. Mais à XXX, je pense que c'est ce qu'ils ont mis en place. Je suis sûre qu'ils travaillent comme ça avec les médecins de XXX.

Eve-Anne : Et comment tu perçois le rôle justement de ces professionnels de l'activité physique adaptée dans le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques ?

MG1 : Bah du coup bah moi, juste l'expérience que j'ai, c'est plutôt par rapport à mon compagnon finalement, je trouve que c'est super positif hein de pouvoir... en plus les gens ils sont entre eux dans des... dans plus ou moins dans la même pathologie ou le même type de pathologie. Donc je pense qu'ils se sentent moins dévalorisés que quand ils sont dans un autre groupe et c'est à eux de s'adapter. Enfin là tout monde est déjà adapté. Donc voilà, pour moi c'est super de façon positive. Après j'ai un, je sais pas si ça compte. J'ai en maison de retraite, il y a des intervenants en activité physique adaptée donc là par contre là je côtoie, je vois ce qu'ils font dans ce cadre-là, ce qui est assez proche d'ailleurs de ce que peuvent faire les kinés. Et sinon, bah ça va être difficile de te donner mon expérience parce que finalement, j'ai eu très peu de patients qui sont passées par cette case-là donc.

Eve-Anne : Et est-ce que tu arrives à voir la complémentarité avec les kinés par exemple ?

MG1 : Ça pourrait. On pourrait imaginer que ce soit après. Tout le monde n'a pas besoin forcément de faire de kiné pour... Ça dépend de la pathologie mais enfin, par exemple, pour un symptôme dépressif, je suis persuadée que l'activité physique adaptée c'est super

bénéfique et pour autant ils ont pas besoin de kiné donc c'est... ça peut être complémentaire et comme ça peut pas être nécessaire de passer par la case kiné.

Eve-Anne : Des autres exemples de relation avec les Maisons Sport-Santé ?

MG1 : Bah non, je te dis une fois à XXX, alors j'arrive plus à me souvenir à quelle pathologie c'était. Je vois plus la personne que j'ai envoyée. Mais, après en maison de retraite je ne prescris pas parce qu'en fait c'est se fait automatiquement. Ce sont les infirmières qui dispatchent, qui a plutôt besoin de kiné, qui a plutôt besoin de d'activité physique adaptée. Donc là je ne mets pas trop mon nez là-dedans. Et puis ouais, non. J'essaie... Je me souviens d'avoir proposé, sûre au moins 2 fois et qu'on m'a répondu, bah non c'est trop loin, je ne vais pas y aller. C'était pour des histoires de lombalgie d'ailleurs.

Parce qu'en plus quand je te dis j'avais une, j'avais une de mes patientes qui qui s'occupait de ça, alors elle a changé de boulot entre 2 je pense. Mais donc elle m'avait vraiment donné la liste des coordonnées tout ça. Enfin, il y a eu un moment où je savais vraiment si je voulais envoyer à XXX, qui appelait, comment faire, et cetera. Même c'est à chaque fois que j'ai voulu le faire, c'était le frein avec la distance, les gens, ils ne font pas toujours beaucoup d'efforts non plus. Dès que, dès en fait, dès que ce n'est pas gratuit, enfin dès que ce n'est pas pris en charge. C'est un frein aussi.

Eve-Anne : Oui d'accord. Et en termes de communication, mis à part ta patiente, est-ce que tu as déjà eu des par exemple des Maisons Sport-Santé ou même des structures d'activité physique adaptée qui t'ont par exemple contacté ?

MG1 : Et bien en fait, ma patiente, bon c'était plus facile pour elle parce qu'elle me connaissait. Mais c'était son boulot aussi hein, je pense de faire la promotion de la maison sport santé, ouais.

Eve-Anne : Donc t'en avais connaissance.

MG1 : Oui.

Eve-Anne : Et ouais du coup, quels sont selon toi, les principaux freins et leviers justement de cette coordination entre maisons sports, santé et médecins ?

MG1 : Sur la partie coordination, bah le principal frein c'est que je n'en ai pas à côté de chez moi. C'est ça mon... parce que nous, on ne demanderait pas mieux, pouvoir envoyer des gens facilement.

Eve-Anne : Et est-ce que le fait aussi que tu sois en en maison de santé pluripro et d'exercer en exercice coordonné tout ça, est-ce que tu crois que ça a une influence sur justement cette orientation, cette coordination ? Ou ça pourrait exercer une influence ?

MG1 : Ça pourrait parler d'influence dans le sens où comme on fait des réunions, on parle des patients avec les kinés, on pourrait se dire, bah sur un patient, celui-là il ne relève plus d'une prise en charge kiné par contre, il pourrait continuer ses efforts via une maison de sport santé par exemple.

Eve-Anne : La différence de quelqu'un seul ?

MG1 : Oui, au moins le retour du kiné.

Eve-Anne : Est-ce que tu aurais d'autres choses à rajouter à ce sujet ?

MG1 : Non, bah non. C'était une super annonce du gouvernement là. C'était quoi y a deux-trois ans maintenant peut-être ? Non, ça s'est mis en place quand ?

Eve-Anne : 2019

MG1 : Ah tu vois, ça fait 6 ans déjà. C'était une super annonce, c'était une super idée et pour moi c'est le gros flop. Enfin en tout cas moi sur mon secteur c'est le gros flop. Enfin ça va pas du tout dans ma pratique de tous les jours en tout cas.

Eve-Anne : Ouais, donc surtout sur le maillage territorial.

MG1 : Ouais, après. On pourrait se demander pourquoi il n'y en a pas à XXX finalement, où ça pourrait être une antenne d'XXX. Tu vois enfin, si vous voulez étendre un peu. Après je me demande si j'ai pas déjà eu des patientes, je pense que si qui sont passés par l'association XXX, tu sais, dont je t'ai déjà parlé dans le cancer du sein et qui ont rejoint des associations sport santé via ce biais là aussi. Par les associations, oui.

Eve-Anne : Et t'as eu des retours.

MG1 : Positifs, parce que là, j'ai une dame. Mais alors à savoir si vraiment, je sais pas si vraiment c'est bien une maison sport santé. Mais elle est passée par nénuphar et donc elle s'est mise dans un groupe de femmes qui ont eu un cancer du sein. Tous les ans, elles se mettent à faire un gros défi sportif. Donc l'année passée, elle est allée faire un semi marathon, je pense que c'était au Maroc. Et il y avait même du... c'était même peut-être pour un triathlon, mais une épreuve mixte, ça doit être un raid multisport. Et donc. Je pense que c'est quand même via une association d'activité physique adaptée. Mais je sais pas, je sais pas laquelle. Enfin toutes les femmes en tout cas avaient eu un cancer du sein. Après, ouais.

Entretien 4	MG2
-------------	-----

Eve-Anne : Donc tout d'abord, merci beaucoup d'avoir accepté de me consacrer un peu de votre temps.

MG2 : Je vous en prie.

Eve-Anne : Donc je me permets de vous rappeler rapidement le cadre de cet entretien. Donc il s'inscrit dans mon mémoire de master 2 coordination des trajectoires de santé à ILIS à l'université de Lille et donc mon travail porte sur la coordination notamment entre les médecins généralistes et les Maisons Sport-Santé, notamment dans le cadre de

l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques. Et donc l'objectif de cet échange, c'est notamment de mieux comprendre votre expérience, votre perception et vos pratiques sur ce sujet. Et donc tout ce qui sera partagé restera bien sûr confidentiel et anonymisé dans mon travail. Et donc est ce que je peux me permettre après cet entretien, de vous envoyer un formulaire de consentement à signer avec les modalités par écrit ?

MG2 : Oui pas de souci, mais par contre pour le scanner, je le scannerai lundi parce qu'ici là chez moi je n'ai pas de scan.

Eve-Anne : Oui bien sûr, pas de souci. Ce n'est pas urgent, c'est surtout d'avoir un document signé après voilà. Et donc l'entretien durerait environ 30 min en fonction de nos échanges. Si ça vous convient...

MG2 : Tout me convient, pas de soucis.

Eve-Anne : Je vous propose de commencer par une première question assez générale donc, est-ce que vous pouvez vous présenter ?

MG2 : Je suis médecin généraliste à XXX installé depuis 1998. Et je fais aussi partie d'une association de soins primaires qui s'appelle l'association XXX qui consiste à répondre à des appels à projets sur tout ce qui peut être prévention à la santé plus que de l'éducation thérapeutique. Voilà et je travaille aussi dans une crèche en tant que médecin référence santé. Et j'ai travaillé beaucoup avec la femas HDF dans le cadre de faisabilité d'appel à projets, voilà.

Eve-Anne : D'accord.

MG2 : Et j'ai aussi dirigé 2 thèses qualitatives, mais ça, c'était avant. Ça, c'est fini. C'est trop long, trop dur, voilà.

Eve-Anne : D'accord ? Très bien. Et donc en termes de patientèle, avez-vous notamment beaucoup de maladies chroniques ? Enfin est ce que cela fait partie de votre patientèle en règles générales.

MG2 : Je consulte tout le monde, alors j'ai une spécificité. J'ai plus une clientèle féminine et pédiatrique et j'ai aussi beaucoup de gens à 100%, qui ont des maladies chroniques évidemment que je vais essayer de donner avec un maximum de prévention. Par contre, je ne vais pas dans les maisons de retraite, voilà.

Eve-Anne : D'accord.

MG2 : C'est ma seule, peut-être, originalité.

Eve-Anne : Et donc pour en venir donc à l'activité physique adaptée, quelle est votre perception de l'activité physique adaptée ?

MG2 : Alors pour moi, c'est le fait de... j'ai aussi oublié de me présenter, parce que ça, ça a une relation avec tout ce que vous me demandez. Je suis aussi médecin référent prévention, je me suis impliqué. Vous savez, les gens peuvent avoir une consultation avec un médecin de prévention pour faire des consultations. Alors les âges, il s'agit, je sais

plus, c'est 15, 20 ans, 40 45, non, 45 50, 60, 65. Enfin voilà, on a des profils types où on peut faire des consultations de prévention. Donc voilà. Et qu'est-ce que vous m'avez posé comme question ? Je sais plus.

Eve-Anne : Votre perception de l'activité physique adaptée.

MG2 : Oui c'est ça. Alors oui donc pour moi l'activité physique adaptée ou pas, c'est extrêmement important pour toutes les maladies chroniques. Et en fait mon expérience a commencé il y a maintenant. Ouf je dirais 15 ans, 15, 20 ans grâce à une association qui s'appelle XXX et qui était présidée par une infirmière que j'ai connue quand j'étais médecin urgentiste. Et en fait, le but était initialement, elle a été créée pour les femmes ayant un cancer du sein, vous savez, pour reprendre l'activité physique et éviter les lymphoedèmes. Et donc j'ai toutes les dames qui avaient un cancer de sang, je les ai envoyé là-bas. En fait, c'est une association qui est maintenant référencée, qui est liée par l'agglomération, la commune et l'ARS aussi, et qui prend en charge toute personne. Enfin au début, c'était les femmes qui avaient un cancer du sein. Et maintenant c'est toute pathologie chronique justement qui dont pour laquelle l'activité physique adaptée est un traitement à part entière et donc ils prennent en charge si un groupe de 10 à 15 personnes et ils sont pris en charge pendant 5 mois à raison de 2 séances par semaine où ils sont coachés par un éducateur sportif qui a son APA pour maladie chronique et cancer. Et dans l'équipe. Il y a aussi une psychologue, un ostéopathe, un diététicien, une... une infirmière. Et c'est tout. Et voilà. Et donc bah ça, ça a bien marché dans la région au début. Enfin c'est encore le cas hein. Les médecins ont du mal à adresser parce que ça prend du temps de proposer quelque chose qui sort de l'ordonnance médicamenteuse, ça prend du temps, donc il faut être un petit peu intéressé par l'entretien motivationnel, voir quelles sont les priorités du patient et en tenir compte pour les amener à faire cette activité physique adaptée. Et donc après, quand j'ai vu le résultat, quand j'ai vu le retour parce qu'un ou une patiente qui fait ce stage pendant 5 mois en parle aux autres et tout ça et donc ça c'est en fait le patient qui a participé devient patient expert et essaie d'entraîner d'autres amis à le faire. Voilà, et donc c'était cette expérience que j'avais. J'ai trouvé ça absolument génial. Seulement, comme je dis dans la région, enfin, je ne sais pas comment c'est ailleurs. Mais les médecins n'ont pas, enfin ne font pas une priorité d'essayer d'engager les patients dans ce type de prise en charge, que ce soit en prévention primaire, en prévention secondaire ou en prévention tertiaire en matière carcinologique en tout cas, parce que il y a une étude qui ont été faites, ils ont réussi à prouver que ça diminue de 30% de l'apparition d'un cancer. Et ça s'adresse à toute personne ayant une maladie chronique. La particularité de cette association, ce qui prend aussi toutes les personnes qui ont un antécédent familial direct de pathologie néoplasique héréditaire dont le cancer du sein, cancer du côlon, cancer de la peau. Voilà donc c'est la première expérience que j'ai eu. Après j'ai rencontré Bah XXX qui m'a parlé de son mémoire qu'elle avait fait sur le sport sur ordonnance à l'époque. Puis j'ai trouvé ça génial. Et puis Ben on essaie de faire autre chose. L'autre expérience que j'en ai, qui est un peu plus récente, c'est qu'il y a un kiné qui s'est installé à XXX, qui est d'origine belge et qui a proposé la balnéothérapie. Et ça, ça a été pour moi révolutionnaire et très en avance sur son temps. J'y ai participé moi-même parce que j'ai des pathologies qui font que j'avais des articulations en compote et le dos aussi. Et

franchement, j'ai beau avoir fait tous les kinés, l'école du dos et je pense qu'il y avait rien qui a pu égaler. Donc ça se passe comme ça, c'est sur ordonnance donc je marque kiné pour lombalgie à répétition ou un problème d'épaule, ou qu'importe. Et il fait un bilan avec cette personne et il propose... il a des créneaux dans une piscine municipale et il propose des groupes de 3 et ça dure 01h20 et autour il y a tout un tas de conseils. Il est très geeks donc il donne beaucoup de conseils, par mail, sur les réseaux, par sur Instagram, sur Facebook pour des exercices tout simple en fonction de la gestion de la douleur. Et donc le patient est vraiment actif, de sa santé, acteur de sa santé. Et là c'est pareil hein, c'est 01h20 pour les patients qui mettent un pied dans l'eau, c'est pas suffisant. Donc il faudrait plus, mais la Sécu interdit qu'il y ai un groupe de plus de 3 personnes. Voilà et tout récemment, il y a chez nous justement une maison sport santé à XXX qui est tout près d'XXX, qui va bientôt être active donc pour les pathologies avec le critère avec maison principale là donc qui d'un patient qui est à 100%. Mais donc là c'est la Sécu qui m'en a parlé. C'est une maison sport santé où il y aura plusieurs médicaux et paramédicaux je suppose, mais je n'ai pas plus de renseignements. Donc voilà.

Eve-Anne : Très bien. Et donc. D'accord, c'était très intéressant. Et comment vous percevez plus particulièrement le rôle des professionnels d'APA dans ce parcours de soins pour les patients atteints de maladie chronique.

MG2 : Ah bah justement pour moi alors c'est encore... J'avoue que j'essaie de ne pas être médisante, j'essaie de vraiment rester confraternel avec les kiné, mais franchement... C'est pas normal, je veux dire. Alors comme je vous avez dit, je ne vais pas dans les maisons de retraite parce que je pense que le patient perd un peu de son âme et j'y arrive pas, c'est tout, j'y arrive pas. Il n'y a plus de prévention dans une maison de retraite et donc je fais tout pour le maintien à domicile du patient et donc je prescris tout le temps, tout le temps, tout le temps de la kiné, ne serait-ce que pour qu'il y ait un passage surtout quand la personne est isolée. Et puis parce que c'est je comprends pas les kinés qui font des massages qui ne servent à rien, autant prendre un bon médicament et donc je milite depuis longtemps pour que les APA puissent avoir une activité libérale. L'idéal pour moi, ce serait qu'il y ai une maison de santé uniquement avec des kinés, une sorte de rééducation fonctionnelle en ville en fait, avec des kinés qui prescrivent pour les APA et plutôt que de perdre leur temps puisqu'ils sont tous débordé évidemment hein donc et donc ils ont une ordonnance pour aller chez une personne âgée, Eh bien ils font quelques massages de 30 Min, au début ça passe à 20, à 10, à 15, aux dire des patients évidemment, c'est pas des kinés qui me le disent, mais bon. Je suis là pour... je suis pas là pour dire qui dit vrai, qui dit faux, mais les patients sont très vite mécontent du peu de temps que passe le kiné en disant "Ouais, il m'a fait quelques massages, il m'a fait marcher autour de la table"... Et donc moi j'aimerais bien que les kinés soient valorisés justement et non pas dévalorisés, qu'ils puissent eux prescrire un APA travailleraient à plein temps dans une maison de santé en ville et qui aille au domicile des patients. Et donc oui, pour moi c'est extrêmement important. Alors je sais qu'il y a une structure qui doit être à 30 km de chez nous à peu près, où il y a des APA, mais c'est pas pris en charge par la sécu. Donc pour les personnes peu fortunées qui en font une priorité, et c'est rare, peuvent leur faire appel, mais ça ne dure jamais très longtemps parce que ça devient très

vite trop onéreux. Et donc oui, moi j'aimerais qu'il y ait des APA installés en ville et que les kinés fassent des choses plus spécifiques en post-opératoire ou alors qu'ils le fassent mieux. Mais je n'ai pas l'impression que ça fasse partie de leurs priorités, ou en tout cas qu'on puisse se comprendre, voilà.

Eve-Anne : Et donc oui, toujours avec ces professionnels de l'activité physique adaptée, est ce que vous avez des liens ou de la communication avec ces différents professionnels ?

MG2 : Bah avec les kinés, très peu parce que j'ai dit franchement ce que je pense donc ils ne sont pas contents. Mais oui, j'ai gardé des très beaux contacts avec l'éducateur en APA parce que j'ai fait pour moi même l'école du dos en rééducation fonctionnelle et donc là j'ai rencontré des professions paramédicales dont j'en connaissais pas l'existence vraie et en tout cas l'apport que ça pouvait me donner. J'ai travaillé beaucoup plus en ayant moins moi même fait ça. Et quand les patients ont une chance d'avoir une place en rééducation fonctionnelle, parce que là c'est pareil, c'est un an d'attente, ça n'a pas de sens. Et j'ai travaillé beaucoup plus avec les APA, en tout cas, j'ai retenu beaucoup plus de choses que m'avait transmis les APA que les kinés puisque les kinés, voilà, ils font crac crac, ils bougent mais ils ne donnent pas de conseils. On est moins acteurs de sa santé avec un kiné qu'un APA, même si le kiné a réparé beaucoup de choses. Sur le même rapport, les APA et les ergothérapeutes qui ont aussi un rôle essentiel. Mais en ville, c'est pareil, c'est pas du tout reconnu. Il y a pas de... il faudrait faire un système de rééducations fonctionnelles en ville et pas un stage de 5 semaines et après point barre, on retourne chez soi et on essaie de retenir ce qu'on peut, c'est à dire 10%. Oui, pour les personnes âgées, ce serait l'idéal qui est un APA et un ergothérapeute à la maison. J'essaie de faire passer quelques fois des ergothérapeutes au domicile du patient. Mais là encore, il y a un coût. Ils veulent pas changer grand-chose de leur maison. Mais bon voilà donc non, voilà comment j'ai été en contact avec les APA, en rééducation fonctionnelle, c'est seulement là que j'en ai vu et par l'association sport-santé.

Eve-Anne : D'accord.

MG2 : Ils ont pas tout à fait le même rôle. Et je sais qu'il y a un des APA qui a mis un système qui... Je pense que c'est pris en charge. Là c'est pour... C'est 3 demi-journées par semaine et ça se fait en ville, donc pour des gens qui sortent de l'école du dos ou des gens qui ont cette disponibilité, c'est un peu plus axé sur l'activité physique que la Kiné donc il faut je pense des critères d'inclusion possible et ça c'est bien. C'est en route, mais c'est pareil, c'est 5 ou 6 personnes, parce qu'il est tout seul à le faire. Et donc c'est pareil. Le délai d'attente est long et même moi j'aimerais bien le faire mais me rendre disponible 3 demi-journées par semaine. C'est compliqué. Mais voilà, oui oui donc je pense que ça commence et pour moi c'est bon signe.

Eve-Anne : Et avec ces professionnels, est ce que vous avez par exemple un suivi des patients que vous envoyez ou non ?

MG2 : Non. J'avoue non, si j'ai des patients qui me racontent. Mais de l'APA, non je n'ai pas de retour écrit non.

Eve-Anne : D'accord.

MG2 : Donc pour savoir un peu comment ça se passe, je le fais moi-même. Je deviens patiente comme la balnéothérapie ou j'étais patiente en rééducation. Je pense que c'est là où... et c'est ça qui est très intéressant parce que ça sort aussi de notre activité de médecin généraliste en dualité médecin-patient. J'ai ressenti des choses extrêmement agréables, que ce soit en réduction fonctionnelle, et encore plus en balnéothérapie. Quelquefois on était un peu plus que 3. Bon voilà soit, et c'est-à-dire que les patients me voient dans l'eau. Et moi, je vois mes patients. Ils me voient en temps, non pas seulement comme médecin, mais aussi en tant que patiente. Et moi je vois mes patients, visuellement, progresser juste à côté en direct et c'est une sensation extraordinaire. Ça donne après un contact médecin patient qui est vraiment autre. Faut juste aller se mélanger dans l'eau, mais franchement c'est... après, ça n'a plus rien à voir. Il y a... Je sais pas, ça devient plus transversal et franchement, ça, ça permet de discuter sur des choses qu'on a pu voir, ça m'est jamais arrivé d'aller voir une séance de kiné Hein. On est patient donc là non, c'est vraiment et c'est vraiment une autre dimension, vraiment.

Eve-Anne : D'accord.

MG2 : Ça crée une alliance thérapeutique bien au-delà des problèmes de dos, mais pour d'autres maladies je sais pas, il y a une... C'est quelque chose auquel je ne m'attendais pas. C'était vraiment une très très belle surprise.

Eve-Anne : D'accord. En termes de prescription, comment ça se passe ?

MG2 : Alors. Mais ça dépend pourquoi. Pour la maison sport-santé XXX, je ne sais pas, j'attends et la Sécu ne m'en dit pas beaucoup plus. Mais ça a l'air d'être assez structuré. Donc j'attends peut-être d'être au moins invité à l'inauguration pour qu'on ait des critères d'inclusion visuels. Parce que ce que j'ai eu, c'est contradictoire donc... que des patients à 100%, en situation de handicap mais pas trop... Enfin c'est sûr, c'est pas clair. Par contre, pour le sport santé, Eh bien je donne le numéro de téléphone de la présidente de l'association et les gens appellent et ils ont un bilan initial, c'est à dire qu'ils ont une rencontre, largement avant les 5 mois. Et puis elle dit, elle leur expose les tenants et les aboutissants et elle essaie de voir si la motivation est suffisante parce qu'il faut quand même y aller 2 fois par semaine pendant 5 mois. Et il faut passer un contrat quand même. C'est la base parce que commencer une session et ne pas aller jusqu'au bout, c'est le gros problème de ces associations, et c'est un peu dommage donc j'essaie vraiment de voir avec la présidente ce qu'il en est. Pour la balnéothérapie, c'est tout simple. Je fais une ordonnance et après c'est le kiné qui contacte la patiente et qui voit si c'est plutôt de la balnéo ou plutôt d'abord en consultation dans un cabinet qu'il a au sein même de la piscine municipale ou les deux. Après voilà, je laisse le kiné d'essayer ce qu'il y a de mieux pour le patient.

Eve-Anne : D'accord.

MG2 : Ouais, c'est tout. Et pour les kinés en ville. À chaque fois que je prescris... Alors pas pour l'APA parce que j'ai pas de prescription à faire pour l'APA et c'est bien dommage,

mais pour un kiné je prescris tout le temps, quelque soit la prescription initiale, que ce soit pour kiné des 4 membres, rééducation à la marche, prévention des chutes, si c'était pour des lombalgies. Je précise toujours à la fin de l'impression, 2 points, "apprentissage auto-exercice", tout le temps, tout le temps, tout le temps. Et mais là, j'ai pas toujours des retours très convaincants, vous imaginez. Après, ça m'est aussi arrivé moi même, en toute humilité et seulement pour un partage d'expérience, de... c'est vraiment ça, de proposer à un patient une consultation dédiée pour le dos, surtout pour les lombalgies et tout ça. J'ai une salle à part de mon cabinet où je leur je demande au patient de venir avec un tapis, j'ai 2 ballons et un tapis, je me mets en tenue et on fait les exercices à 2. Et c'est une consultation qui dure une petite heure, donc que je facture comme une consultation normale. Mais je ne fais pas de massages, donc je ne touche pas, c'est juste du partage, voilà. Et ce qui est bénéfique pour moi aussi, hein.

Eve-Anne : Oui. Et est-ce que vous pensez que le mode d'exercice d'un médecin, donc par exemple d'un exercice coordonné en maison de santé pluriprofessionnelle, en CPTS... Ou alors seule peut influencer justement les interactions avec les Maisons Sport-Santé ou l'activité physique adaptée en général.

MG2 : Ah bah non. Ce serait tellement bien qu'il y ait une MSP avec... pour moi, une MSP idéale, c'est un, deux médecins, qu'importe, mais il faut au moins 2 médecins. Alors CPTS, je suis un petit peu, non . C'est trop... c'est trop axé sur tout ce qui est administratif, on s'y perds, il y a une obligation de moyens, il n'y a pas forcément une obligation de résultat je trouve. Il y a une cpts à laquelle j'ai pas voulu adhérer. C'est pour ça que je suis resté une association de soins primaires et j'ai pas voulu de sisa ou voilà. Mais on est comme une maison de santé, même si bon, ça s'étiole un petit peu. Mais pour moi, l'idéal ce serait qu'il y ait un ou deux médecins, un ou deux kiné, minimum 2 APA et une salle pour des consultations de groupe en termes d'éducation thérapeutique ou d'éducation à la santé avec des protocoles, des évaluations, hein, parce que c'est important. Et puis que dans cette maison de santé, je pense que le patient peut venir s'il a des lombalgies ou un problème articulaire, que de lui-même il aille voir le kiné. Je pense que ça se fait déjà sans passer par la sacro-sainte ordonnance du médecin qui sert à rien et que le kiné le prenne en charge avec son équipe d'APA et d'ergothérapeute et psychomotricien pour les enfants.

Eve-Anne : D'accord.

MG2 : Mais sans passer par une ordonnance de médecin. Mais le fait d'avoir un exercice coordonné, le médecin là aurait un retour sous forme de réunion de coordination ou sous forme de mail de ce qui se passe. Alors peut-être que certaines maisons de santé le font, je ne sais pas, voilà, mais moi ça c'est l'idéal. Mais j'ai pas assez de... j'ai plus assez d'énergie, de charisme pour essayer de refaire ça. Je l'ai déjà fait et j'ai pas de médecin qui m'ont suivi, de ce fait puisqu'il y a qu'un seul médecin bah, je n'ai le droit à rien, donc voilà.

Eve-Anne : Et quels sont selon vous du coup les principaux freins et même leviers donc, à la coordination entre les Maisons Sport-Santé et donc le sport santé en général et notamment les médecins généralistes ?

MG2 : Bah les les principaux freins je peux pas savoir quels sont les freins des maisons sports santé parce que j'y participe pas. Mais je pense que le principal frein des médecins, c'est soi-disant cet aspect chronophage. En plus c'est pas pour... Pour obtenir quelque chose, il faut d'abord donner du temps avant d'être payé et... Je suis désolée mais c'est... J'ai bien vu avec l'expérience, au-delà de l'activité, même pour des appels à projets pour des ateliers d'éducation thérapeutique, le médecin ne considère pas gagner du temps en faisant de la prévention. Et je pense que c'est le frein parce que il y a encore une trop grande confiance, ou en tout cas un sentiment encore beaucoup trop important de puissance de l'ordonnance médicamenteuse stricto sensu, alors que pour moi ça n'a plus de sens et je pense que le frein c'est ça, c'est soi-disant ce temps à donner non payé et qui, en plus, est très déstabilisant puisque on sort de la zone de confort. Prescrire autre chose que du médicament, c'est... ne serait-ce que pour prescrire, comme je vous ai dit, cette adhésion à sport santé, c'est des choses que les médecins n'ont pas apprises. S'il y a pas un minimum de formation en... l'entretien motivationnel quand on se retrouve devant un patient pour l'adresser à et si y a pas minimum de formation pour la faisabilité des appels à projets pour essayer d'innover un petit peu et de prouver que ça marche, c'est pas possible. Et je pense que... alors je me suis formé à la faisabilité des études à projets, ceci, cela, médecin prévention avec la femas HDF... mais honnêtement, si on n'est pas aidé par des gens, en ce qui concerne hein, plus structuré comme par exemple des diététiciens qui ont beaucoup plus l'habitude de l'outil numérique petshop pour faire des études, pour faire les évaluations, ça peut pas marcher. Je pense que le frein c'est ça ? C'est que peut-être il n'y a pas assez d'utilisation des valeurs ajoutées des autres professions, qui ne sont pas des professions médicales.

Eve-Anne : D'accord. Et donc dans ce sens, quelles propositions vous pourriez faire pour améliorer justement cette coordination ?

MG2 : Et bien déjà que... Je pense que ça part quand même des kinés. Si les kinés arrivés à se réunir en faisant des maisons de santé et en embauchant des APA et qu'ils deviendraient leur propre prescripteur, ce serait-ce serait très bien. Après si dans chaque maison de santé, il y avait une salle suffisamment grande pour qu'elle puisse être occupée par kiné, ergothérapeute, APA qui ferait, voilà une session, comme une gestion d'éducation thérapeutique, ne serait-ce que pour la lombalgie ou les pathologies à 100%, sous forme de 5 séances de 02h00, comme on le fait pour l'éducation thérapeutique, pour le diabète, pour l'hypertension, pour l'insuffisance cardiaque, mais que pour l'activité physique adaptée, ça serait bien, mais je pense que... je sais pas si ça existe, en tout cas moi on me l'a pas présenté, mais si je peux adresser un patient à faire de l'éducation thérapeutique en activité physique adaptée pure, sans parler d'une autre pathologie étiquetée, précise, ce serait bien et il faudrait une salle adaptée pour ça, donc suffisamment grande dans chaque maison de santé. Mais ça existe peut-être déjà, mais pas chez nous. Après je suis consciente que c'est compliqué parce qu'il faut impliquer. Et c'est pour ça

que je vous dit que ça passe par la kiné parce que je suis... enfin j'ai pas l'impression que les kinés aient envie d'APA parce que c'est un gros problème hein. Et donc il y a toujours une réticence. Je pense qu'il y a un manque. C'est peut-être le plus gros frein, c'est le manque de communication et de coordination entre le Kiné et les autres métiers autour, c'est-à-dire ergothérapeute, APA, Psychomotricien.

Eve-Anne : D'accord.

MG2 : Et même psychologue, parce que il y a aussi la prise en charge mentale qui est très importante dans ce type de de pathologie et de déconditionnement à l'effort. Je pense que le métier de kiné doit, comme le métier d'APA, doit évoluer.

Eve-Anne : Oui, d'accord.

MG2 : Après il y a toujours... ce sacrosaint nombre de d'années d'études. J'ai fait plus d'années d'études que toi donc faut pas m'embêter avec ça, ceci cela enfin c'est le même problème entre le médecin et les infirmières. Mais le métier d'infirmière est en train de changer comme le métier des pharmaciens est en train de changer et je suis en fait, pour résumer ça, je suis pour la délégation des soins.

Eve-Anne : D'accord.

MG2 : Et la délégation de soins, c'est très important. Je pense qu'il y a de plus en plus de médecins qui l'adoptent. Enfin, j'allais dire de gré ou de force, parce que enfin, ça n'a rien à voir mais par exemple je ne vois pas pourquoi un patient viendra en consultation juste pour faire un vaccin alors qu'il peut le faire en circuit directement à la pharmacie ou directement au lycée. Voilà donc je pense qu'un problème de délégation de soins.

Eve-Anne : D'accord. Est-ce que vous auriez d'autres choses à ajouter à ce sujet ?

MG2 : Ben que je suis très heureuse qu'il ait des mémoires, qu'il y ait des thèses sur l'activité physique adaptée et que c'est la base, et que.... Il y a pas d'autres traitements que le mouvement, ne serait-ce que pour la santé mentale et physique. Et donc que des jeunes... que des jeunes soignants ou je sais pas quel est votre métier, je me souviens plus du début et de ce que vous préparez, s'y intéresse et font bouger les choses, ça ne peut être que positif.

Entretien 5	MG3
-------------	-----

Eve-Anne : Donc pour commencer, est ce que vous pouvez vous présenter ?

MG3 : OK, je suis XXX, je suis généraliste. Je suis installé depuis 2017, je suis également allergologue depuis 3 ans parce qu'on avait un manque de spécialistes sur le secteur et depuis 2021 on travaille en maison de santé pluridisciplinaire, avec deux infirmières, deux kinés, mon collègue qui est médecin généraliste.

Eve-Anne : D'accord et donc c'est sur ces différents sites ?

MG3 : Oui mais sur XXX

Eve-Anne : D'accord, et donc par rapport à l'activité physique adaptée, quelle est votre perception de cette activité physique adaptée ?

MG3 : Nous, au niveau de la maison de santé, on avait mis en place un projet pour les diabétiques et les gens obèses justement pour les remettre au sport, c'est ça que tu veux savoir ?

Eve-Anne : Oui, votre perception générale, l'activité physique, qu'est-ce que vous en pensez ?

MG3 : Ouais bah après nous on a mis en place on a beaucoup de patients diabétiques en surpoids dans la patientèle et un gros problème aussi financier pour payer les séances diét, sport, un sport adapté aussi à leur à leur pathologie. Donc on avait mis en place des séances de piscine, d'aquagym, d'aquabike, un coach sportif avec marche nordique, taïso, de la gym douce pour qu'au moins les gens n'aient pas à payer. Bon ça dépend de la motivation des gens parce que même en ayant offert des plannings avec des gens qui étaient que dans leur pathologie parce que les gens disent "je suis gênée de me mettre en maillot de bain parce que je suis en surpoids, je vais pas à la piscine, c'est difficile, les gens vont trop vite pour moi dans des associations". on avait des groupes de niveau, tout était bien fait et en fait, même quand tu payes pour les gens, tu as des groupes de niveau et ben les gens en fait, c'est souvent un problème de motivation quand même. Donc des fois on nous donne beaucoup de moyens et on est un petit peu déçu du résultat parce que sur, je sais pas, 200 patients qu'on a voulu inclure, il n'y a que 30 qui l'ont fait. Et on ne parle pas de l'absentéisme après les 2 travaux qu'on avait mis en place.

Eve-Anne : Et donc qu'est ce que vous pensez du rôle de l'activité physique dans ces pathologies ? Est ce que c'est bénéfique ?

MG3 : Ah bah ouais, ça reste indispensable hein. Puis y a aussi une grosse part psychologique dans les pathologies chroniques pour la prise en charge. Donc c'est sûr que si les patients eux ils font un peu de sport, déjà ils sont bien dans leur tête. En plus, dans beaucoup de pathologies chroniques, c'est vrai que l'activité physique est hyper importante, même au niveau cardio-vasculaire, le diabète. Bon après sur la cancéro j'ai envie de dire c'est plus pour l'entretien musculaire et puis le moral. Mais c'est vrai que c'est une part très importante effectivement, l'activité physique.

Eve-Anne : D'accord. Et est ce que vous avez des liens avec des Maisons Sport-Santé ?

MG3 : Oui ben on a travaillé avec l'Ufolep. Après là on travaille aussi avec la CPTS XXX qui a aussi maintenant un programme d'ETP et il y a un coach sportif qui fait des activités 4 fois par semaine. On s'est adressé et puis il a aussi une association à XXX. Donc c'est un peu le même principe que ufolep, le sport, la diététique. Donc on travaille beaucoup avec eux parce que bah nous, ça nous est quand même un gros investissement. Donc après, il y avait beaucoup de structures déjà en place, on essaie de retravailler avec eux.

Eve-Anne : D'accord. Et par exemple avec l'Ufolep ou même les autres associations, comment ça se passe la communication ?

MG3 : Nous on adresse directement les patients parce que c'est pas à nous de prendre le rendez-vous directement au patient. Donc on donne les coordonnées, on dit au patient d'appeler, on fait un courrier et après ils sont pris en charge directement . Mais ils sont dans les critères de toute façon. Ils ont pas trop regardé non plus pour les critères d'inclusion, une fois qu'on a des gens motivés qui en ont besoin... Je veux dire, je pense pas qu'on puisse refuser quelqu'un qui dise qu'il a besoin de faire du sport. Si on dit que c'est mental, tu peux pas lui dire "je pense que c'est pas justifié".

Eve-Anne : Bien sûr. Et vous avez des suivis par rapport à justement les patients que vous envoyez ?

MG3 : Oh j'ai encore un courrier de XXX pour un patient que j'ai adressé. Donc non, ils vont nous inclure les patients, ils vont nous dire qu'est ce qu'ils vont faire comme protocole pour tel patient. S'ils vont voir aussi un psychologue en plus hein, parce que pas que le sport. Bon après le patient on le voit tous les 3 mois, donc il nous raconte un petit peu leurs ressentis. On va voir comment ils sentent, s'ils sont moins essoufflé, s'ils ont perdu du poids, si le moral va... Tout va mieux en fait. Après, on n'a pas un retour spécifique d'Ufolep pour chaque patient. C'est plus le patient qui nous dit comment ça se passe.

Eve-Anne : D'accord. Et est-ce que vous auriez par exemple une situation concrète où vous avez adressé quelqu'un ?

MG3 : Bah nous quand on avait fait le projet pendant un an et demi avec la maison de santé, on a une dame qui avait un diabète. Je savais plus quoi faire avec une gestion du stress très compliqué. La dame quand elle... ça se passait bien mais elle était stressée pour toutes les situations de la vie, elle pouvait plus travailler, elle faisait près de 120 kilos, un IMC catastrophique, on l'a inscrite dans le truc. Finalement, en ayant fait que ça, le traitement a pas changé, elle est passée d'un diabète totalement déséquilibré à un diabète qui était bien équilibré, une meilleure gestion du stress, elle se sentait beaucoup mieux, elle ressortait. Et la dame a créé sa propre association de marche nordique derrière. Et donc en plus bah le fait d'être un truc associatif, elle qui ne travaille pas plus alors qu'elle est jeune, hein à peine plus de 50 ans, et bien ça lui a fait beaucoup de bien. Donc bon, des fois on se dit bah on était déçu par beaucoup de patients qui étaient pas très assidus. Mais s'il y a une ou 2 personnes, déjà que ça leur a changé la vie... Et les gens nous l'ont dit "bah J'ai retrouvé un lien social aussi et les gens que j'ai rencontré en faisant du sport, bah maintenant je les vois encore. Ça m'a fait du bien de sortir...". Il y a des gens qui nous remercient encore d'avoir fait ça. Alors que comparé au nombre de personnes qu'on a voulu inclure, c'est sûr que c'est pas grand chose mais il y a des gens vraiment c'est impressionnant. Je sais pas si t'as les notions de d'Hémoglobine glycée ?

Eve-Anne : Non pas vraiment.

MG3 : Quelqu'un à 12% d'hémoglobine glycée, c'est une catastrophe, le diabétologue ne sais plus quoi faire et je te dis qu'il passe à 7%, ce qui est plutôt bien équilibré comme ça en l'espace de 6 mois. C'est un peu bluffant, juste sur du sport tu vois, parce qu'il y avait eu beaucoup de stress. Et puis un manque d'activité très important.

Eve-Anne : Et est-ce que le fait d'être notamment en maison de santé pluriprofessionnelle, en travaillant en exercice coordonné, est ce que ça peut avoir un impact par exemple sur les liens avec les associations ?

MG3 : Peut-être qu'on est plus mis au courant, on est plus invité des fois à des forums. Donc tu vas rencontrer les intervenants, d'autres personnes, parce que quand t'es isolé, t'es installé à ton compte, tu ne vas pas forcément savoir tout ce qui existe sur le territoire hein. Ufolep avant on ne connaissait pas forcément, on connaissait que XXX. Puis à force d'effectivement d'aller à des forums, on les a rencontrés, donc ça nous a aidés. Après nous au niveau de notre pratique perso avec les kinés et infirmiers entre nous, ça ne change pas grand-chose mais par rapport, ouais, au secteur on a eu un meilleur réseau on va dire. Et puis le fait d'être dans la MSP, on a surtout eu des fonds par la Sécu pour payer tous les intervenants qui venaient faire les activités. Parce que là les patients ils ne payaient rien en fait. Donc sans MSP, toutes les actions qu'on mène, on n'aurait pas les fonds.

Eve-Anne : D'accord. Est-ce que vous auriez par exemple les principaux freins et leviers justement cette coordination entre les associations et vous, médecins généralistes ?

MG3 : Bah des fois c'est le fait d'avoir beaucoup d'interlocuteurs. Justement, c'est difficile des fois, on arrive à avoir une personne... des fois on passe une demi-heure au téléphone, ce qu'on a on n'a pas forcément tu vois. Donc on a la chance d'avoir une coordinatrice qui va nous aider. Après des fois il y a peut-être trop de choses aussi qui sont proposées, tu vois ? Ce qu'on disait, on avait travaillé aussi avec filliéris, il met aussi un programme un peu similaire. Et on disait Bah c'est vrai que d'avoir trop d'offres sur le secteur c'est un peu bête parce que chacun fait son action de son côté, chacun paie une prestation alors que si on se mettait un petit peu plus en commun, t'aurais assez de personnes pour un groupe sans être trop mais ça éviterait de mettre des fonds perdus en fait pour 2-3 patients des fois.

Eve-Anne : Et est-ce que vous auriez des propositions justement pour l'améliorer cette coordination ?

MG3 : Je pense qu'il faut pas avoir des fonds de tous les côtés. Je pense qu'il faut rester sur... là le problème c'est que tout est des a des fonds différents en fait. Donc si il y avait une seule personne qui nous donnait les fonds, ça serait pas forcément de chaque côté tu vois.

Eve-Anne : Oui, d'accord.

MG3 : Parce que c'est pas mon travail.

Eve-Anne : Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter à ce sujet ?

MG3 : Non pas vraiment.

Eve-Anne : Et du coup votre vision de la maison, en l'occurrence de la maison sport santé, elle est comment ?

MG3 : C'est vrai qu'il coordonne beaucoup à la chose. Au début je faisais les plannings d'aquagym, d'aqua bike, j'appelais les gens le dimanche après-midi, je m'occupais de mes gosses pour dire aux gens bah on fait un roulement tout ça et les gens "Oh bah non ça m'arrange pas, je fous rien de ma journée mais là ça m'arrange pas l'horaire parce que c'est un peu trop tôt"... Bon je t'avoue que des fois c'est... l'investissement, ça a été financier et personnel. Moi j'étais quand même déçu de faire ça sachant que bah on sait très bien que c'est hyper important pour le patient dans ses bénéfices qui peuvent en tirer. Après ça reste indispensable de mettre ça en place hein, bien sûr, mais je pense que le principal frein de toutes ces choses là ça reste le patient lui même qui est souvent peu motivé. Après les gens des fois qu'ils ont qui sont en difficulté. Bon tout le monde n'est pas comme ça, je ne généralise pas, mais il y a aussi beaucoup de gens qui sont pas motivés pour gérer leur propre santé. Ils pensent que ça va venir tout seul, que on va leur donner un cachet miracle et puis ils vont plus être essoufflé, ils vont plus avoir d'oedèmes au niveau des jambes, ils vont perdre du poids alors qu'à un moment si le patient ne fait pas l'effort non plus de marcher. Pour les patients qui veulent arrêter de fumer et qui sont cardiaques et qu'ils disent "Bah je suis toujours essoufflé". Mais je dis "Ouais mais vous bougez pas de votre canapé, vous fumez toujours à un moment... Je peux vous donner des cachets hein, mais bougez un peu". Donc je pense que la motivation du patient c'est quand même hyper important. On a, on a quand même énormément... excuse-moi (téléphone qui sonne)...

Eve-Anne : Et est-ce que vous vous prescrivez l'activité physique adaptée ?

MG3 : Non je ne prescris pas parce que bon... je sais qu'on peut faire, mais je dis qu'on a quand même un bon réseau par ici. Moi j'aime beaucoup au niveau de la CPTS et au niveau de prévert. J'ai vraiment le panel complet. T'as vraiment le soutien psychologique, t'as la diététicienne, ce que sport santé je le ferais peut être moins sans la prescription individuelle.

Eve-Anne : Vous avez eu d'autres choses à rajouter à ce sujet ?

MG3 : Non, pas trop après. Après, nous, c'est une petite maison de santé. Tu vois, on n'est pas sur des structures... il y a des structures où ils sont une vingtaine de professionnels de santé. Nous on reste petit. Plus tu es petit et moins tu as de fonds. Et après tu axes tes projets tu vois, nous on a fait ça au début parce que ça se faisait pas trop le sport santé. Maintenant comme beaucoup de choses le font, bah tu vois on est moins axé là-dessus donc on fait comme tu disais, ufolep, prévert, les CPTS qui font plein de choses. Puis t'as aussi bah tu vois le parcours du cœur... Des choses sympas.

Eve-Anne : Pour revenir aux forums dont vous parliez tout à l'heure, comment ça s'est passé ?

MG3 : C'est beaucoup par l'URPS, je sais pas si tu connais l'URPS, on a souvent été conviés grâce à eux. Après il y a aussi l'hôpital en soit aussi qui nous convie à ces choses, on a des invitations de filiéris, de prévert. Nous, on est... on connaît bien la mairie parce qu'on a fait des actions communes. Donc pareil, la mairie quand elle sait qu'il y a des associations, ça peut être un lien avec notre MSP, bah elle nous y convie toujours. Il y a un forum de dépistage à XXX samedi, ils nous ont conviés, donc après tu vas t'installer, puis tu discutes avec les gens, tu te rends compte que ça peut être sympa de travailler ensemble. Après bon tu vois, c'est un peu du bouche à oreille.

Eve-Anne : Donc c'est au bon de vouloir du médecin aussi.

MG3 : Non, mais c'est sympa après. C'est un sujet assez varié que tu as, c'est sympa, après c'est du boulot.

MG3 : C'est vrai, c'est fou quand tu vois le nombre de structures qui existent via l'aggo, via l'ARS, la Sécu après je trouve, t'as un petit peu trop d'intervenants et tu sais plus trop si t'as pas un numéro précis tu vois. Nous des fois on a besoin d'un avis spécialisé tout ça, on a un numéro, une ligne fixe. On appelle ce numéro, on dit Bah moi je veux un avis endocrino par exemple. C'est quand même plus simple que quand des fois tu as plein d'intervenants mais tu sais pas.

Eve-Anne : Oui, bien sûr.

MG3 : Ufolep des fois bah je veux un rendez-vous... bah maintenant je donne le numéro au patient parce que tu vois c'est trop chronophage et puis les gens ils sont chiants, c'est méchant de dire ça mais tu proposes un truc aux gens mais en fait même quand tu leur prends rendez-vous directement pour lui pour un spécialiste ils disent bah non là ça me va pas, pas trop tôt, pas trop tard, bah c'est trop loin, tu vois c'est hyper compliqué à un moment, des fois c'est vraiment le patient. Normalement il doit être responsable aussi de sa santé, tu vois, tu peux faire tous les efforts, tu as beau donner toutes les possibilités les gens si c'est pas prémâché. C'est pas non plus des gosses hein. Il faut aussi avoir envie de se soigner si les gens ne sont pas motivés, c'est comme les gens qui veulent se sevrer en tabac, en alcool, si les gens n'ont pas la volonté de se bouger... tu vas pas très loin. Voilà, voilà.

Eve-Anne : Ben merci beaucoup de m'avoir accordé ce temps. Et puis ça va bien m'aider pour mon travail ?

MG3 : Et bien avec plaisir et bon courage pour la suite. Bonne journée.

Eve-Anne : Merci à vous aussi, au revoir.

Entretien 6	MG4
-------------	-----

Eve-Anne : Donc je vous rappelle juste 30 secondes donc c'est dans le cadre de mon mémoire master de coordination de trajectoire de santé et donc ça porte notamment sur la coordination entre les médecins généralistes et les Maisons Sport-Santé dans le cadre de l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques.

Donc je vais commencer par une question assez générale, est-ce que vous pouvez vous présenter ?

MG4 : Alors docteur XXX, Médecin généraliste installé à XXX en libéral cabinet seul. Installé depuis 34 ans. Je fais donc de la médecine libérale, je suis médecin régulateur au Samu, je suis maître de stage. Et voilà.

Eve-Anne : D'accord, et donc pour l'activité physique adaptée, quelle est votre perception de de cette activité physique adaptée et l'activité en général ?

MG4 : Je suis assez sensible à ça parce que bon bah comme tu sais moi je je je connais un coach sportif et en fait quand je suis allée le voir, je l'ai connu par le biais d'une patiente qui suivait... qui me parlait d'un coach santé et tout ça parce que de façon personnelle, j'avais pas du tout d'expérience de ce qui pouvait exister autour. Et donc comme elle m'a parlé d'un coach santé, bah je suis allée le voir en me disant Bon bah voilà je donne plein de conseils à mes patients mais moi-même faudra peut-être que je m'y remette parce que c'est pas terrible. C'est comme ça que j'ai connu ce coach et et donc j'ai vu effectivement que il y avait des cours adaptés, notamment pour les parkinsoniens et tout ça. Et maintenant bon Ben moi je lui envoie pas mal de mes patients qui ont des soucis. Donc en fait voilà c'est par ce biais-là. C'est par une patiente. J'ai été coopté dans le club de ce coach.

Eve-Anne : D'accord ? Et toujours dans ce même cadre, est-ce que vous pourriez m'expliquer le rôle de l'activité physique adaptée dans la prise en charge des maladies chroniques.

MG4 : Oh bah ça a un rôle énorme hein. L'activité physique... Alors pour toute pathologie hein. Alors on parle pas forcément que de la du Parkinson mais pour toute personne qui se plaint de son dos, qui... qui a un problème de poids, et qui ne savent pas commencer par quoi... Comment ça peut se passer. Tout le monde... y a toujours cette appréhension de se dire moi je vais m'inscrire dans un truc mais je vais pas suivre donc... Maintenant on en parle de plus en plus, mais y a toujours cette appréhension de se dire "je vais pas y arriver, on va vous regarder, je vais pas pouvoir suivre". Donc c'est important. Ben j'étais sûr qu'au niveau médical, l'activité physique est aussi importante qu'un médicament sur une ordonnance hein. D'ailleurs on le prescrit sur ordonnance hein. Donc voilà.

Eve-Anne : D'accord. Et justement, vous pouvez m'en dire un peu plus sur la prescription, est-ce que vous le faites ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

MG4 : Oui, oui, bien sûr, ça, ça m'arrive de le faire. Il y a aussi tout ce qui est parcours XXX. Donc après je faisais pas mal de prescriptions avec XXX.

Eve-Anne : D'accord.

MG4 : Donc tous les patients qui ont eu des problèmes cardiaques sont passés par ce biais-là en fait, voilà. Il y a... quand t'es médecins généralistes au départ faut vraiment aller chercher parce qu'au départ on n'est pas forcément au courant, ou alors faut vraiment aller à la pêche quoi, savoir qui fait quoi. Donc c'est toujours le problème de de communication. Alors tu me diras, on va pas forcément m'envoyer tous les flyers dans tous les cabinets, quoi que ce soit, peut-être un billet aussi à l'utiliser. Et puis nous, il faut qu'on aille à la pêche à l'info. Après pour moi c'est un cabinet seul, je suis pas une MSP. Peut-être qu'il y a plus une relation entre les MSP et dans le domaine dans lequel tu es. Donc ça, je ne sais pas, c'est toi qui peux me le dire, mais... après le, le, le... Tu voulais savoir les avantages d'une activité physique pour un patient chronique, c'est ça ?

Eve-Anne : Oui, c'est ça.

MG4 : Sur le plan médical pur, on va dire.

Eve-Anne : Oui.

MG4 : Oui bah de toute façon, on leur dit, hein, toujours ne serait-ce que nos diabétiques, nos hypertendus, ne serait-ce que marcher 30 min au moins 3 fois par semaine de façon régulière, c'est déjà très bénéfique. Bien sûr, je pense qu'ils le savent plus, tous plus ou moins bon, après, c'est la motivation qui fait que. Et puis on voit vraiment la différence entre les personnes qui... ne serait-ce que marcher, hein. C'est ce que je leur dis et je ne prononce jamais le mot sport parce que le mot sport leur fait peur.

Eve-Anne : Bien sûr.

MG4 : Donc on s'est habitué à parler d'activité physique et ça c'est super important pour... Sinon il y a, on voit, il se ferme. Et donc... on parle de enfin voilà de cette activité physique et ne serait-ce que de marcher. Et quand quelqu'un se tient mal ou autre, de prendre des bâtons. Bah c'est là j'ai un patient que j'avais envoyé justement au coach. Et de fait de remarquer, la marche nordique au départ, même moi au départ, quand je me demandais bien ce qu'ils faisaient, les gens avec les bâtons. Une fois que tu t'es lancé dedans, t'as compris pourquoi et donc bon pour ceux qui ont mal au dos. Enfin c'est formidable quoi, c'est un truc... Et puis le... Ils n'ont plus mal. Enfin voilà, ils bougent donc l'intérêt de bouger et se rendre compte que en bougeant, on a moins mal. Et puis que après avoir fait leurs séances et Ben on se sent bien quoi. Et dès l'instant où ils ont touché à ça, bah ça leur donne envie de continuer. Et souvent ils sont contents de ça. Bon après bon, les parkinsoniens, je sais que ton père il fait le cours plus tôt le lundi, vraiment très adapté pour les personnes qui ont vraiment un handicap, ça leur fait un bien fou hein. Et puis il y a le côté social aussi hein, le fait de rencontrer d'autres personnes, de discuter, pas trop hein, parce que sinon c'est hop, on se fait rembrouer. Mais enfin voilà, c'est tellement intéressant, surtout à tous ces niveaux là. Bon après au niveau médical pur. Bon c'est surtout bouger quoi. Enfin au niveau articulaire, on voit les différences entre la personne qui a un certain âge et qui va marcher régulièrement et celle qui marche de moins en moins et qui se retrouve entre son fauteuil et puis son canapé et puis son lit hein. Et ça, on

n'arrête pas de leur dire. Alors ce qui est bien dans l'activité physique quand on les met comme ça dans les clubs, c'est que ce n'est pas non plus le kiné, ce n'est pas la même chose parce que des fois ils ont une expérience tellement... négative ou malheureuse avec des kinés qu'ils se referment aussi sur eux-mêmes. Donc il y a vraiment cette activité physique en dehors de chez eux, dans un cadre qui est plus sympa, avec plusieurs personnes qui ont des problèmes de santé, chacun ses petits problèmes. Et puis si on a envie d'en parler, on en parle, si on a pas envie d'en parler, on en parle pas. On parle de la pluie, du beau temps, on rit, on sourit et ça, ça fait du bien pour le moral, donc ça fait du bien pour le moral et pour le physique. Voilà, Eh oui.

Eve-Anne : Bien sûr. Et est-ce que vous connaissez les Maisons Sport-Santé ? Et si oui, qu'est-ce que vous en pensez ?

MG4 : Non, je connais pas vraiment. Alors sur XXX je sais pas, je ne sais pas ce que tu appelles maison sport santé en fait. Comment ? Enfin c'est quoi ? C'est une association. C'est... je sais pas. Je t'avoue que...

Eve-Anne : Bah en fait, en règle générale ce sont des associations ou des structures qui sont labellisées en fait par l'ARS...

MG4 : Oui, quand on parle de ça, c'est en fait... ça regroupe plusieurs associations ?

Eve-Anne : Oui, ça peut en fait, ça dépend des territoires.

MG4 : Quand je te parle du coach, autre par exemple. Après il y a d'autres structures parce que bon, moi j'en vois parce que mon cabinet est pas loin en fait hein de là où on va au XXX. Après dans XXX, il doit y en avoir d'autres, tu vois dans différents trucs que je connais pas forcément puisque géographiquement parlant j'essaye de concentrer autour du cabinet puisque ma patientèle elle est surtout par rapport à ça. En fait toutes ces structures là rentrent dans le cadre de maison santé, c'est ça que tu veux dire ?

Eve-Anne : Oui, après ils ne sont pas habilités Maisons Sport-Santé. C'est tout un cahier des charges.

MG4 : Oui, d'accord, et ta question, c'était est-ce que je connais ? Bah en fait c'est assez limité, mais par rapport à mon domaine de travail quoi, à mon à mon site géographique on va dire.

Eve-Anne : Oui, bien sûr. Et donc avec ces associations que vous pouvez rencontrer, comment ça se passe la communication, notamment avec les différents professionnels de l'APA.

MG4 : Alors je n'ai pas de retour si c'est ce dont tu parles. Par exemple, si j'envoie sur cœur santé, j'ai non, je n'ai pas de retour, je n'ai pas de bilan, c'est ça. Après le bilan, quand j'envoie vers le coach, on en parle donc j'ai leurs difficultés et tout ça. Mais bon ça reste verbal. Mais je n'ai pas de compte-rendu écrit.

Eve-Anne : D'accord et en termes de d'orientation ? Vous donnez un numéro, comment ça se passe ?

MG4 : Ahh oui oui, je te leur donne le numéro, oui, oui.

Eve-Anne : Directement, d'accord.

MG4 : Bon tu vois j'ai quand même une relation privilégiée donc bah du coup avec le coach donc je lui donne le numéro et puis je lui explique, Bon bah tu risques d'avoir l'appel d'un tel qui a tel problème. Bon après il le reçoit et puis il fait l'évaluation et puis après c'est lui qui gère hein donc... et souvent on le fait en marchant. On peut parler de tel ou tel patient et voilà. Ou quand il le voit pas, pourquoi quand il s'inquiète donc je lui dis "Bon bah non là il a fait... je sais pas, il est grippé ou je n'en sais rien... ou il a eu d'autres problèmes de santé qui font qu'il ne peut pas, il ne peut pas venir en ce moment, enfin voilà. C'est pour ça que j'ai cette relation quand même privilégiée, donc voilà.

Eve-Anne : Ah oui, c'est plus simple. Et quels sont selon vous les principaux freins et leviers à la coordination justement entre ces différentes associations et les médecins généralistes ?

MG4 : Bah c'est le problème de coordination, c'est le problème de communication. Alors est-ce que ça vient de nous ? Est-ce que ça vient des structures ? Enfin alors dans notre activité, si on va chercher, je pense qu'on peut trouver. Alors quand on connaît on va plus trop chercher hein. C'est à dire qu'il y avait d'autres structures qui se mettent en place, s'ils m'envoient pas un truc, un flyer, un mail, un machin, bah je suis pas censé savoir qui voilà. Après là moi je l'ai connu par le biais d'une patiente. Je ne suis pas allée chercher sur Internet... je serais peut-être tombée dessus hein voilà. Mais au niveau communication, je pense qu'il y a un problème de communication mais de toute façon le problème de communication est assez général hein. Même avec les... Enfin, nous, en tant que médecin généraliste, on passe notre temps à essayer de récupérer les courriers et compagnie donc si tu veux, voilà quoi.

Eve-Anne : D'accord. Et du coup, dans ce cadre-là, quelle proposition vous pourriez faire pour améliorer justement cette coordination ?

MG4 : Venant des... alors disons que... Alors s'il y a effectivement une entité qui gère déjà les différentes associations et qui s'occupe de coordonner tout ça, ben je pense qu'il faut informer les patients. J'ai... enfin de mémoire je n'ai jamais vu moi, en tant que médecin en tous les cas, de papier me relatant le fait qu'en tous les cas, la référence de différentes associations vers lesquelles je peux me tourner pour mes patients. Ça, je n'ai jamais eu en fait.

Eve-Anne : D'accord.

MG4 : Là je parle de XXX, hein, attention hein. J'aurais été quand même... enfin ça fait quelques années maintenant que je fais de la marche nordique avec le coach. J'aurais été... Si j'avais reçu ce genre de papier, j'aurais été sensibilisé. J'en aurais même certainement parlé et je n'ai jamais reçu ce type d'information, c'est-à-dire à l'heure actuelle, c'est à nous, médecins généralistes, à aller chercher l'info.

Eve-Anne : Oui. D'accord.

MG4 : Si on me disait sur XXX, vous avez telle, telle, telle association avec telles coordonnées, Voilà na, na, na. Ce serait beaucoup plus simple.

Eve-Anne : Bien sûr.

MG4 : Et je passerai peut-être... parce que là, je dois passer à côté de structures que je connais pas. Voilà.

Eve-Anne : D'accord.

MG4 : Ça, c'est un des freins, un gros frein à mon avis. Alors, après que soit... Alors les mails, on est tellement inondé de mail que je pense que le truc... alors, ça fait un peu vieillot, hein, le truc, la voie postale, mais enfin quand tu prends l'enveloppe, tu l'ouvres, on est obligé d'ouvrir notre courrier le matin. Bon quand tu vois ça, ça concerne quand même notre profession quoi, ça va pas partir à la poubelle directe, hein, je ne pense pas. Enfin que le mail, quand t'as plein de mails, franchement tu peux passer à côté hein. Enfin moi je dis ça... Enfin, moi perso, je pense que je passerai à côté. Peut-être que j'en ai reçu hein, mais on a tellement d'informations. Enfin dans tous les métiers hein, tu reçois tellement de mails que bon t'es obligé de faire le tri et de passer déjà à ton truc professionnel pur avec tes patientes et machin et donc bon voilà. Je ne sais pas moi je verrai plus par voie postale.

Eve-Anne : D'accord. Et comme vous disiez tout à l'heure, le fait aussi d'être seul, est-ce que vous pensez que ça joue à ce niveau-là ?

MG4 : Alors moi j'ai jamais travaillé en MSP, donc je ne sais pas comment ça se passe. Bon, d'après les copains, les collègues et compagnie, bon, il y en a, ça se passe très bien, et d'autres moins bien. Ouais, enfin. Ils sont obligés de travailler sur des thèmes, hein parce j'ai pas mal de... Alors si effectivement s'ils font un thème sur l'activité sportive, j' imagine quand même qu'ils doivent contacter ou mettre en place pour informer davantage le patient. Enfin, normalement, ils sont subventionnés pour ce genre de d'activité. Donc voilà. Et ça là faut s'adresser plus à un médecin qui travaille en MSP. Après bon comme je suis maître de stage, bon je... en fait j'ai 2 internes, j'en ai un qui reste avec moi lundi, mercredi et un autre qui est en autonomie le mardi. Eux, ils passent dans d'autres cabinets, donc on peut échanger à ce niveau-là. Mais comme on est aussi... enfin, je fais partie de formation médicale continue et aussi de groupe qualité en groupe de pairs, si on fait une soirée sur l'activité physique, on échange entre nous. Comme il y en a qui sont en MSP, on peut avoir ce biais d'information. Après tu as aussi par le biais des CPTS. Alors donc voilà.

Eve-Anne : Vous faites partie d'une CPTS ?

MG4 : Oui, c'est celle XXX.

Eve-Anne : D'accord.

MG4 : Donc oui, je suis tout seul dans mon cabinet, mais je suis quand même pas mal tournée sur différentes structures, ça va, je reste... Il faut sinon si c'est pour se nécroser toute seule dans son cabinet, bon bah voilà quoi.

Eve-Anne : Bien sûr. Est-ce que vous auriez d'autres choses à rajouter à ce sujet ? Sur l'activité physique adaptée, sur les associations...

MG4 : Ben écoute, non, non non. En tous les cas j'ai vu une montée de puissance de de ça c'est bien dans tous les cas. C'est très bien. Je pense que les... maintenant, enfin... On en parle plus facilement, le patient aussi. Il y en a, bah voilà hein, j'arrive à les remettre sur les rails et ça leur fait du bien, donc ils en parlent autour d'eux et du coup, c'est plutôt positif. Donc... Voilà après c'est le problème de la communication, je pense que c'est surtout là où le bât blesse, toujours la communication pour que ce soit plus simple pour envoyer le patient. C'est sûr que si je voyais un patient qui vient du XXX. Bah là tu vois, je serai un peu en difficulté et sur qui me tourner pour savoir vers quelle structure l'envoyer, ça ferait ma difficulté. Voilà.

Eve-Anne : Cela semble bon pour moi.

MG4 : Très bien, ben bon courage pour la suite alors.

Eve-Anne : Ben merci beaucoup, et puis encore merci de m'avoir accordé un peu de votre temps.

MG4 : Avec plaisir, bonne journée.

Eve-Anne : Merci à vous aussi. Au revoir.

MG4 : Merci, au revoir.

AUTEURE : Eve-Anne Dacquet

Soutenance le 26 juin 2025

Titre de mémoire : Optimiser la coordination entre Maisons Sport-Santé et médecins généralistes dans la prise en soins des maladies chroniques

Title : Optimizing coordination between Sports and Health centers and general practitioners in the management of chronic diseases.

Mots-clés : Activité Physique Adaptée ; coordination ; Maisons Sport-Santé ; maladies chroniques ; professionnels de santé

Key words : Adapted Physical Activity; coordination; Sports and Health centers; chronic diseases; health professionals

Résumé :

Contexte : Face à la montée des maladies chroniques, l'activité physique adaptée (APA) devient une composante essentielle des parcours de soins. Les Maisons Sport-Santé (MSS), créées pour structurer l'offre d'APA, nécessitent une coopération étroite avec les médecins généralistes, souvent premiers interlocuteurs des patients. Ce mémoire interroge les dynamiques de coordination entre ces deux acteurs.

Méthode : Une enquête qualitative a été menée auprès de médecins généralistes et d'intervenants en APA via des entretiens semi-directifs. Ces données ont été analysées thématiquement pour faire émerger les points de convergence, les freins et les leviers de coopération.

Résultats : Les professionnels reconnaissent l'intérêt de l'APA et le potentiel des MSS, mais déplorent un manque de visibilité, des difficultés d'accessibilité, un manque de temps et des méconnaissances réciproques. L'exercice coordonné (MSP, CPTS) semble toutefois favoriser les échanges et les pratiques coopératives.

Discussion et conclusion : La coordination reste largement perfectible. Des leviers comme la formation des médecins, la simplification des orientations vers les MSS, et le développement d'outils communs sont essentiels. L'enjeu est d'intégrer pleinement l'APA dans les pratiques de soin pour répondre aux besoins croissants des patients chroniques.

Abstract :

Background : The rising prevalence of chronic diseases highlights the importance of integrating non-drug interventions such as adapted physical activity (APA) into patient care. Sport and Health Centers (SHC), created to structure APA provision, require strong cooperation with general practitioners, who are often the patients' first point of contact. This study investigates how coordination between these actors is currently structured and how it might be improved.

Method : A qualitative study was conducted through semi-structured interviews with healthcare professionals and APA specialists. Thematic analysis was applied to identify the main barriers, facilitators, and current practices in MSS-GP collaboration.

Results : While the value of APA and SHC is widely acknowledged, significant obstacles persist: lack of visibility, accessibility issues, time constraints, and limited mutual knowledge. However, coordinated care structures (MSPs, CPTSs) tend to foster better collaboration and more fluid communication.

Discussion and conclusion : Coordination remains underdeveloped and uneven. To improve it, several levers are identified: strengthening GPs' training, simplifying referral processes to MSS, and developing shared digital tools. Fully integrating APA into chronic care pathways is a key challenge for ensuring effective, sustainable patient support.

Directeur de mémoire : Mme Hinde TIZAGHTI