

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'activité physique et la sédentarité selon les médecins généralistes et les kinésithérapeutes. Exploration par entretiens semi-dirigés d'une évolution des représentations suite à une intervention des attachés d'information de l'URPS.**

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 28 Septembre 2021 à 14h  
au Pôle Formation  
par **Charlotte COQUELLE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur André THEVENON**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Marc BAYEN**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Vincent COUVREUR**

---

## **AVERTISSEMENT**

**La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**





## TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	7
Liste des tableaux.....	8
Liste des figures.....	9
RESUME.....	10
INTRODUCTION.....	11
<u>I) Généralités</u> .....	11
<u>II) Quelques chiffres/ Epidémiologie</u> .....	15
<u>III) Promotion de l'activité physique : un enjeu de santé publique</u> .....	16
<u>IV) Dispositifs dans le Douaisis</u> .....	18
<u>V) Les attachés d'information</u> .....	18
<u>VI) Boîte à outils de la prescription médicale</u> .....	19
<u>VII) Objectif de l'étude</u> .....	22
MATERIEL et METHODES.....	23
<u>I) Type d'étude</u> .....	23
<u>II) Choix de la population</u> .....	23
<u>III) Mode de recrutement</u> .....	23
<u>IV) Recueil des données</u> .....	24
<u>V) Déroulement des entretiens</u> .....	24
<u>VI) Retranscription des données</u> .....	24
<u>VII) Analyse des données</u> .....	25
<u>VIII) Méthodologie de la recherche bibliographique</u> .....	25
RESULTATS.....	26
<u>I) Généralités sur les entretiens</u> .....	26
<u>II) Caractéristiques de la population étudiée</u> .....	26

<b>III) Résultats analytiques</b>	<b>27</b>
<b><u>A) Partie 1 : Pratiques professionnelles et représentations avant intervention</u></b>	<b>27</b>
<u>1- Pratiques professionnelles</u>	27
a- Temporalité	27
b- Moyens / outils	28
c- Adaptation à la population	32
d- Coopération pluridisciplinaire	33
2- Représentations	34
a- Représentations générales et professionnelles	34
b- Représentations et pratiques personnelles	39
<b><u>B) Partie 2 : Pratiques professionnelles et représentations après intervention</u></b>	<b>43</b>
1- Pratiques professionnelles	43
a- Modification/changement des pratiques	43
b- Pas de changement	45
c- Favorable à une formation pour améliorer les pratiques	46
2- Représentations	47
a- Rôle du professionnel	47
b- Bénéfices	49
c- Théories vs réalité	50
3- Impact du COVID	51
a- Retentissement sur AP et sédentarité	51
b- Autres modalités de pratique	51
<b>DISCUSSION</b>	<b>53</b>
<b><u>I) Forces et limites de l'étude</u></b>	<b>53</b>
<b><u>II) Résultats principaux</u></b>	<b>54</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>64</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AP : activité physique

APA : activité physique adaptée

Kinés : kinésithérapeutes

MG : médecins généralistes

PM : prescription médicale

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## LISTE DES TABLEAUX

**Tableau 1** : : Les bénéfices de l'AP pour la santé

**Tableau 2** : Effets de la réduction du temps sédentaire sur la santé

**Tableau 3** : Caractéristiques socio-démographiques et prescription d'AP

**Tableau 4** : Caractéristiques des professionnels de santé interrogés et proposition d'AP

## LISTE DES FIGURES

**Figure 1** : Relation entre le volume d'AP et de bénéfices pour la santé, en fonction du volume d'AP habituel

**Figure 2** : Questionnaire Q-AAP+

**Figure 3** : Questionnaire de Marshall

**Figure 4** : Questionnaire de Ricci et Gagnon

**Figure 5a** : Prescription d'AP en fonction du profil sportif des professionnels de santé avant intervention

**Figure 5b** : Prescription d'AP en fonction du profil sportif des professionnels de santé, du passage d'attachés d'information et des outils apportés après intervention

## RESUME

**Contexte** : Depuis le décret n°2016-1990 du 30 Décembre 2016 autorisant les médecins généralistes à prescrire l'activité physique adaptée chez des patients atteints d'une affection de longue durée, cette notion d'AP est d'autant plus présente dans les cabinets médicaux des professionnels de santé. Les MG et les kinésithérapeutes étant au plus proche des patients ont un rôle indispensable à jouer dans ce domaine.

Nous ne connaissons ou très peu les représentations et les pratiques professionnelles des MG et des Kinésithérapeutes en matière d'AP et de sédentarité sachant qu'il n'existe pas de véritables formations sur le sujet.

**Objectif** : Mettre en évidence une influence d'une intervention URPS sur les représentations et les pratiques professionnelles des médecins généralistes et des kinésithérapeutes sur l'activité physique et la sédentarité des patients.

**Méthode** : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes de la ville de Douai avant et après le passage d'un attaché d'information.

**Résultats** : Les professionnels de santé interrogés sont tous conscients des bénéfices de l'activité physique et de l'importance de leur rôle auprès des patients. De plus, après l'intervention, les professionnels de santé déjà très actifs dans ce domaine n'ont pas modifié leurs pratiques en utilisant les nombreux outils. En revanche, chez d'autres professionnels de santé, cette intervention a pu être le déclencheur d'une nouvelle réflexion sur leurs pratiques. Nous avons pu nous rendre compte que beaucoup avaient oublié ces outils malgré un rappel indicé. Un professionnel de santé pratiquant une AP implique une plus grande prescription d'AP. Si on y ajoute, le passage d'attachés d'information, cette pratique d'AP est encore plus augmentée.

**Conclusion** : En effet, il en ressort que le conseil d'activité physique est prépondérante dans leur pratique. Le conseil vise donc à une pratique raisonnée, régulière et raisonnable. Ainsi, le passage de l'attaché d'information influence la prescription d'AP chez les MG et les kinés. Il paraît être intéressant et pourrait être amélioré en adaptant les supports et les carnets d'adresses.

## INTRODUCTION

D'après les recommandations de l'OMS, pour un adulte, il est recommandé pour maintenir et améliorer son état de santé de pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour et 60 minutes par jour pour un enfant. (1)

Malgré les différents plans d'action nationaux menés tels que le PNNS (Programme National Nutrition Santé), les objectifs fixés ne sont toujours pas atteints. La majorité des adultes, des adolescents et des enfants, en France comme en Europe, ne pratiquent pas le niveau d'activité physique recommandé pour avoir un effet sur la santé et la qualité de vie. (2)

Depuis le décret n°2016-1990 du 30 Décembre 2016 autorisant les médecins généralistes à prescrire l'activité physique adaptée chez des patients atteints d'une affection de longue durée (3), cette notion d'AP est d'autant plus présente dans les cabinets médicaux des professionnels de santé. Les MG et les kinésithérapeutes étant au plus proche des patients ont un rôle indispensable à jouer dans ce domaine (4).

Nous ne connaissons ou très peu les représentations et les pratiques professionnelles des MG et des Kinés en matière d'AP et de sédentarité sachant qu'il n'existe pas de véritables formations sur le sujet.

C'est dans ce cadre que notre étude vise à étudier l'impact d'une intervention chez cette catégorie de professionnels.

### **I) Généralités :**

#### **A) Définition et recommandations**

##### **1-Activité physique**

L'activité physique (AP) se définit comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du repos » (Caspersen, 1985). (2)

L'AP est généralement classée en quatre domaines : les trois domaines des activités physiques de la vie quotidienne avec : les transports, les activités domestiques et les activités professionnelles ou scolaires, et le domaine des activités de loisirs qui inclut les sports et les exercices physiques.(5)

## **2-Sport ou activité sportive**

Le sport est une forme particulière d'AP où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles et d'objectifs bien définis, qu'on retrouve en club sportif, club scolaire, sport de haut niveau, où il y a une recherche de performance. On y retrouve parfois une composante « sport-santé ».(6)

## **3-Activité physique adaptée (APA)**

Pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport, basée sur les aptitudes et les motivations de personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires (encadrés par des professionnels de santé ou de l'APA). (6)

## **4-Sport-Santé**

Sport dont les conditions de pratique sont aptes à maintenir ou améliorer l'état de santé en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Le sport-santé fait appel à des professionnels de l'APA ou à des éducateurs sportifs formés selon les niveaux de vulnérabilité des publics qui déterminent ou non des besoins spécifiques. (6)

## **5-Comportement sédentaire**

La sédentarité est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique mineure. Les activités sédentaires comprennent toutes les activités réalisées au repos en position assise ou allongée et la position statique debout.(6)

La sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (6%). (1)

## **6-Recommandations OMS :activité physique chez un adulte en bonne santé par semaine**

Cette recommandation s'adresse à un public âgé entre 18 et 64 ans.

Elle préconise 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée (exemple :5\*30 min de marche et 2\*(8 à 10) exercices de renforcement musculaire) ou au moins 75 min d'activité d'endurance d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue (3\*20min de footing ou marche rapide et 2\* (8 à 10) exercices de de renforcement musculaire) par périodes d'au moins 10 minutes.(1)

Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, il est nécessaire d'augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée pour atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.(1)

Il est recommandé de pratiquer des AP en renforcement musculaire (2 séances par semaine non consécutives), ainsi que des exercices d'assouplissement. (1)

## **B) Effets bénéfiques de l'activité physique et réduction de la sédentarité**

### **1) AP régulière**

Les bénéfices pour la santé de la pratique régulière d'une activité physique sont avérés, quels que soient l'âge et le sexe.(7)

En effet, pratiquer une AP régulière est un déterminant essentiel intervenant dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Cela ayant pour but d'éviter les complications et réduire la perte d'autonomie.

La Haute autorité de santé (HAS) reconnaît depuis 2011 le bénéfice pour les patients atteints de maladies chroniques de la prescription d'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse.(7,8)

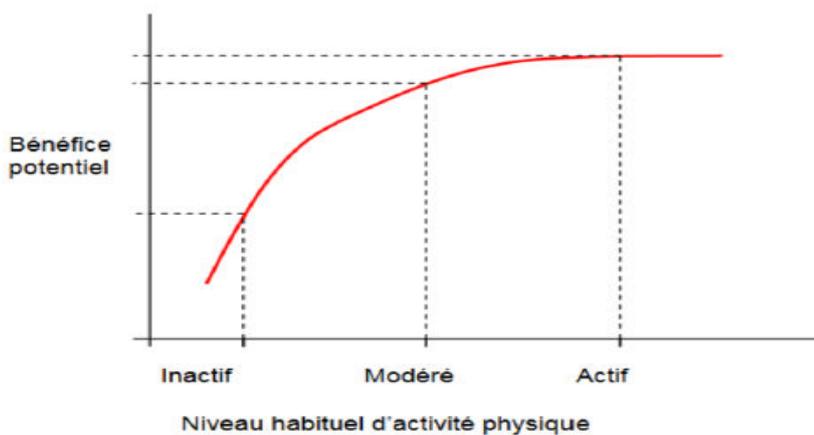
*Exemple de l'étude sur le diabète (9) :* cette étude montrait une réduction du risque de développer un diabète non insulino-dépendant :

- de 31% suite au régime
- de 46% suite à l'activité physique
- et de 51% suite aux deux associés

Tableau 1 : les bénéfices de l'AP pour la santé (6)

Adultes tous âges	
Toutes causes de mortalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution du risque, avec relation dose-réponse</li> </ul>
Pathologies cardio-métaboliques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution de l'incidence et de la mortalité des pathologies cardio-vasculaires, avec relation dose-réponse</li> </ul>
Prévention des cancers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution de l'incidence du cancer du sein, du côlon, de l'endomètre, avec relation dose-réponse, de l'adénocarcinome de l'œsophage</li> </ul>
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration des fonctions cognitives, de la qualité de vie, du sommeil</li> <li>• Réduction des signes d'anxiété et de dépression chez les personnes en bonne santé</li> <li>• Réduction du risque de démence, de dépression</li> </ul>
Statut pondéral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction du risque de prise de poids excessive, de l'obésité abdominale</li> <li>• Prévention de la reprise de poids après un amaigrissement initial</li> <li>• Limitation de la perte de masse musculaire lors d'une perte de poids</li> </ul>

Figure 1: Relation entre le volume d'AP et de bénéfices pour la santé, en fonction du volume d'AP habituel (6)



Il existe une **relation dose-réponse positive** entre, d'une part, le volume de l'AP et, d'autre part, l'état de santé et la condition physique. Les bénéfices de l'AP sont d'autant plus marqués que l'on part d'un niveau bas d'AP et sont obtenus pour des volumes modérés d'AP.(6)

## 2) Effets bénéfiques de la réduction du temps passé à des activités de sédentarité

Il existe une interaction entre le temps de sédentarité, le niveau habituel d'AP et les effets sur la santé sur le risque de mortalité et le risque de maladies chroniques. (Voir tableau 2) (6)

Tableau 2 : effets de la réduction du temps sédentaire sur la santé

Risque de mortalité	<ul style="list-style-type: none"><li>• Réduction de la mortalité toutes causes confondues, avec relation dose-réponse</li><li>• Réduction de la mortalité cardio-vasculaire, avec relation dose-réponse</li></ul>
Risque de maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none"><li>• Réduction du risque de diabète de type 2, avec relation dose-réponse</li><li>• Réduction du risque de maladies cardio-vasculaires, avec relation dose-réponse</li><li>• Réduction du risque de cancer de l'endomètre</li></ul>

## II) Quelques chiffres/ Epidémiologie :

Selon les publications de l'OMS, la sédentarité touche 70% des femmes et plus de 50% des hommes. (1)

Selon le Baromètre Santé nutrition 2008 (10), les Français âgés de 15 à 75 ans déclarent pratiquer sur une semaine pour un quart de leur temps total d'activité physique pendant les loisirs (25,3%), pour 28,3% de leur temps pour se déplacer et pour près de la moitié de ce temps (46,6%) au travail. L'activité physique totale est évaluée à environ 2h19 minutes par jour, avec une moyenne de 18 minutes d'activité physique de loisirs par jour, de 20 minutes pour les déplacements et de 1h41 minutes pour l'activité physique au travail. Dans l'ensemble, les hommes sont plus actifs que les femmes quel que soit l'âge, mais on observe une baisse de l'activité physique avec l'âge. Moins de la moitié des Français âgés de 15 à 75 ans (42,5 %) atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé.(7,10)

En France, l'étude Esteban 2014-2016 (11), réalisée chez les adultes de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine, a montré que les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique n'avaient pas été atteintes. En effet, seuls 53% des femmes et 70% des hommes atteignaient ces recommandations. Près de 90% des adultes déclaraient 3 heures ou plus de

comportements sédentaires par jour et 41% plus de 7 heures.(11)

En termes d'indicateurs de santé, le Nord se place dans les derniers de France.

### **III) Promotion de l'activité physique : un enjeu de santé publique**

#### **A) Rappel du contexte**

En 2018, l'OMS met en place un nouveau programme mondial intitulé *Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030*. Celui-ci comporte de multiples objectifs dans le but de développer l'activité physique dans le monde. (12)

Pour encourager le plus grand nombre d'individus à pratiquer une activité physique, des stratégies par des plans nationaux ont été mis en place pour permettre à chacun d'intégrer l'AP dans son quotidien.

Depuis 20 ans en France, la promotion de l'AP constitue l'un des axes majeurs de ces différents plans nationaux de santé (6) :

- les programmes de nationaux nutrition santé 2001-2005 (13), 2006-2010 (14), et 2011-2015 (15)
- les plans Cancer 2003 (16), 2009 (17), et 2014 (18)
- le plan Obésité (2010) (19)
- le plan Bien Vieillir (2007) (20)
- le plan Sport-Santé-Bien-être (2012) décliné en plans régionaux

L'article 144 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé donne la possibilité aux médecins généralistes de prescrire une activité physique aux personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD). Le médecin traitant peut ainsi prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient .(7)

D'autre part, cette loi fait également référence à la place du masseur-kinésithérapeute dans le dispositif APA. Ainsi, selon « l'Art. D. 1172-3, Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur [...], seuls les professionnels de santé mentionnés au 1° de l'article D.1172-2 sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical ». (2)

Dans ce cas, le kinésithérapeute peut établir un bilan complet de la condition physique du

patient permettant l'orientation et le suivi dans sa pratique d'AP. (20)

### **B) Proposition HAS :**

Grâce à cette loi, les médecins généralistes ont la possibilité de prescrire une AP gratuite pouvant être réalisée seule, adaptée à l'état de santé du patient.

Pour autant, les connaissances des médecins sur les bénéfices de l'AP sur la santé restent encore insuffisantes malgré une documentation spécifique pour de nombreuses maladies. Par ailleurs, il existe peu d'outils pratiques leur permettant de mener une consultation médicale ciblée. (22)

En réponse à ses besoins, la HAS souhaite mettre à leur disposition différents moyens afin de promouvoir l'AP auprès de leurs patients et prescrire au mieux une AP adaptée à leur état de santé. La HAS propose donc un guide et des outils pratiques afin de les aider dans le cadre de l'article 51. (22)

L'objectif des pouvoirs publics est de développer partout sur le territoire la promotion de l'AP sur prescription médicale à travers une organisation des parcours de soins faisant intervenir différents acteurs de la santé et de l'activité physique. Le tout serait coordonné par le médecin généraliste. (22)

### **C) Projet article 51 : « Activité physique, sédentarité et santé »**

Deux ans et demi après sa création dans la loi Sécu 2018, l'article 51 qui permet d'expérimenter de nouvelles organisations de prise en charge et des modes dérogatoires de financement, monte enfin en puissance.

Il existe une très grande variété de promoteurs : établissements, groupements professionnels, autorité de santé, libéraux isolés.

Les acteurs de la ville jouent désormais un rôle majeur puisque « trois quarts des expérimentations » concernent à peu près des prises en charge en ambulatoire. (23)

#### **IV) Dispositifs dans le Douaisis**

Le programme Sport sur ordonnance dans le Douaisis a débuté en Septembre 2014. L'accueil des premiers participants a eu lieu en Janvier 2016. Ce programme concernait uniquement les patients en ALD. Il leur était proposé de pratiquer une AP gratuite et adaptée pour une période d'un an avec un suivi assuré à 3, 6 et 12 mois par la réalisation de bilans adressés au médecin traitant.

#### **V) Les attachés d'information**

Depuis quelques années, l'URPS des Hauts-de-France a décidé de créer les attachés d'information dans le but d'apporter une information auprès de praticiens volontaires sur des questions de santé publique ou pratiques.

Dans la région, quatre attachés sont déployés pour rendre visite aux professionnels de santé libéraux. Ils peuvent par exemple transmettre des coordonnées d'un service d'aide aux patients, donner une information sur un centre de référence ou encore aborder un thème comme l'antibiorésistance. Ces missions sont décidées conjointement avec l'ARS.

Dans un premier temps, les attachés d'information sont formés par un praticien référent. Puis, chaque attaché d'information propose une visite aux professionnels de santé le souhaitant sur leur lieu de travail afin de leur exposer un thème pré-défini.

Leur objectif est également de connaître les pratiques professionnelles des médecins sur le sujet avec ses patients. Le temps de la visite est estimé entre 20 minutes et une heure.

## VI) Boîte à outils de la prescription médicale

### A) Questionnaire Q-AAP+

Ce questionnaire permet d'évaluer les aptitudes physiques du patient. Il est le plus utilisé. (voir figure 2)( 24)

Si la réponse est « non » aux 7 questions, il y a un potentiel pour être plus actif.

Si à une des 7 questions, la réponse est « oui », il est recommandé d'avoir recours à un avis médical.

Figure 2 : Questionnaire Q-AAP+

Lisez les sept questions avec attention et répondez à chacune avec honnêteté, par oui ou par non	oui	non
1. <i>Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque <input type="checkbox"/> ou d'une hypertension artérielle <input type="checkbox"/> ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <i>Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, ou au cours de vos activités quotidienne ou lorsque vous faites de l'AP ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <i>Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou avez-vous perdu conscience au cours des 12 derniers mois ? (Répondez non, si vos étourdissements étaient liés à de l'hyperventilation, y compris pendant une AP d'intensité élevée)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <i>Avez-vous déjà été diagnostiqué d'une autre maladie chronique (autres qu'une maladie cardiaque ou d'hypertension artérielle) ? Lister les maladies ici :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <i>Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ? Lister les maladies et les médicaments ici :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <i>Avez-vous actuellement (ou avez-vous eu dans les 12 derniers mois) des problèmes osseux, articulaires, ou des tissus mous (muscle, ligament ou tendon) qui pourraient être aggravés par une augmentation d'AP ? (Répondez non, si vous avez déjà eu un problème dans le passé, mais qui ne limite pas votre pratique d'AP présente). Lister les problèmes ici :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <i>Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne devriez pas faire d'AP sans supervision médicale ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### B) Médicosport-Santé

Le Médicosport-Santé est un outil proposé par le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF). Il s'agit d'un dictionnaire dont la vocation est d'aider le praticien à choisir la discipline la plus adaptée aux profils du patient dans le cadre du Sport-Santé.

Son utilisation est facilitée par un système de double entrée soit par discipline soit par pathologie. (25)

### **C) Dispositif « Bouge avec moi »**

C'est un programme lancé par l'ARS pour inciter la population générale, en particulier les femmes, à pratiquer une activité physique régulière pouvant leur correspondre. Cette activité doit pouvoir s'intégrer facilement au mode de vie de la personne quelle soit individuelle ou collective, encadrée ou non. (26)

### **D) Prescription AP pour patient ALD : « Sport sur ordonnance »**

Le « Sport sur ordonnance » s'adresse aux personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD). 11 millions de français atteints par exemple de diabète, de la maladie d'Alzheimer, de Sclérose en plaques ou de cancer sont concernés.

Cette prescription s'effectue sur un formulaire spécifique. Elle peut être dispensée par les professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens), les enseignants en APA ou encore les éducateurs sportifs. (27).

### **E) bilans de sédentarité : questionnaire de Marshall + Q Ricci et gagnon**

#### **1) Questionnaire de Marshall**

Cet auto-questionnaire en deux questions permet d'évaluer l'inactivité du patient. (voir figure 3)  
(28)

Figure 3 : Questionnaire de Marshall

**QUESTIONNAIRE DE MARSHALL**

Date de passage du questionnaire : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_

**Consignes :**  
 Remplissez le questionnaire. Pour chaque question, vous choisissez une seule réponse.  
 Vous répondez à toutes les questions.

**A.** Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter ?  
 Par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide

plus de 3 fois par semaine  (score : 4)  
 1 à 2 fois par semaine  (score : 2)  
 jamais  (score : 0)

---

**B.** Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vont font respirer plus fort que normalement ?  
 Par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer du tennis en double

plus de 5 fois par semaine  (score : 4)  
 3 à 4 fois par semaine  (score : 2)  
 1 à 2 fois par semaine  (score : 1)  
 jamais  (score : 0)

**Lecture\* des résultats :**  
 Vous additionnez les scores obtenus à la question A et à la question B.  
 Reportez-vous au tableau de résultats ci-dessous

Résultats	Commentaires
Score --> 4 = "suffisamment" actif	encourager le pratiquant à continuer
Score 0-3 = "insuffisamment" actif	encourager le pratiquant à en faire plus

\* Pour interpréter les résultats et aller plus loin, consultez la page 87 du livre "Les fondamentaux du Sport Santé : 80 outils pour mieux évaluer et accompagner vos pratiquants" (FFEPGV) édition Amphora 2014

## 2) Questionnaire de Ricci et Gagnon

Ce questionnaire comportant 9 questions est un test d'auto-évaluation de l'activité. (voir figure 4) (29)

Figure 4 : Questionnaire de Ricci et Gagnon

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

**RESULTATS :**

Moins de 18 : Inactif

Entre 18 et 35 : Actif

Plus de 35 : Très actif

*D'après le questionnaire de Ricci et Gagnon, université de Montréal, modifié par Laureyns et Séné***VI) Objectif de l'étude**

Notre question de recherche : Recueil de l'évolution des représentations et des pratiques professionnelles des médecins généralistes et des kinésithérapeutes sur l'activité physique et la sédentarité suite à une intervention des attachés d'information de l'URPS.

L'objectif de l'étude vise à mettre en évidence une influence d'une intervention des attachés d'information de l'URPS sur les représentations et les pratiques professionnelles des médecins généralistes et des kinésithérapeutes sur l'activité physique et la sédentarité des patients.

## MATERIELS ET METHODES

### **I) Type d'étude :**

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes de la ville de Douai avant et après le passage d'un attaché d'information.

Cette étude a été réalisée en collaboration avec l'URPS des médecins libéraux des Hauts-de-France.

L'avantage de choisir ce type d'entretien pour cette étude est de garantir à l'étude que l'ensemble des questions intéressant le chercheur soit traitées et d'assurer la comparabilité des résultats. Il permet également d'obtenir des informations plus détaillées, notamment sur les expressions faciales des répondants. Celles-ci peuvent être observées et analysées pouvant témoigner d'un inconfort ou d'une confusion.

### **II) Choix de la population :**

Notre étude s'est intéressée aux médecins généralistes et aux masseurs-kinésithérapeutes de la ville de Douai du Département du Nord dans la Région des Hauts-de-France. En effet, la ville de Douai allait bénéficier d'une mobilisation concernant le Sport-santé par le passage d'attachés d'information. Les critères d'exclusion étaient : les médecins du sport.

### **III) Mode de recrutement :**

Le recrutement s'est effectué par l'obtention d'une liste de contact auprès de l'URPS. Un mail avec remise d'une fiche explicative a été envoyé aux contacts de la liste les invitant à participer à cette étude. La fiche explicative présentait brièvement le thème du projet, ainsi que les modalités d'entretien qui seront détaillés ultérieurement. Elle mentionnait également la possibilité d'être recontacté après le premier entretien. Après obtention de leur accord par mail ou par téléphone, un formulaire de consentement a été signé entre le participant et le chercheur.

#### **IV) Recueil des données :**

Avant la réalisation des entretiens, un premier guide d'entretien a été élaboré comportant 3 questions ouvertes permettant d'élargir le champ des réponses.(Annexe 1). A ce moment-là, les participants ne sont pas informés d'un second entretien en rapport avec un passage d'attachés d'information.

Après la réalisation des premiers entretiens, les participants sont informés du passage de l'attaché d'information et s'engagent à répondre à un second entretien.

Avant le passage des attachés d'information et la réalisation des seconds entretiens, les supports d'information des passages des attachés d'information sont obtenus afin d'élaborer les questions du second guide d'entretien. Celui-ci comporte 8 questions. (Annexe 2)

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et les données recueillies ont été anonymisées.

La présente étude a fait l'objet d'une déclaration n°2019-162 en date du 20/11/2019 et a été portée au registre du Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille.

#### **V) Déroulement des entretiens :**

Les entretiens se sont déroulés sur 2 périodes avant et après passage d'un attaché d'information aux mois de Janvier 2020 et Janvier 2021. Les passages des attachés d'information ont eu lieu en Novembre et Décembre 2020.

Les entretiens ont été fixés par téléphone avec le médecin généraliste ou le masseur-kinésithérapeute aux dates, aux horaires et aux lieux de leur convenance. En début d'entretien, un bref rappel de la thématique leur a été proposé. La majorité des entretiens a été réalisée dans leur cabinet professionnel.

#### **VI) Retranscription des données :**

Les entretiens effectués ont été retranscrits au mot à mot dans leur intégralité après réécoute attentive de l'enregistrement par dictaphone, constituant ainsi les verbatims. Les marques de confusion, d'hésitation ont pu y être intégrées.

## **VII) Analyse des données :**

Le codage des verbatims obtenus a été réalisé manuellement par analyse thématique de type théorisation ancrée. La triangulation des données a été effectuée avec un chercheur indépendant à l'étude. Celui-ci a codé les données qui lui ont été transmises de son côté. Dans un second temps , une rencontre entre les 2 chercheurs a eu lieu pour mettre en commun les différents codages et faire ressortir les grands thèmes. L'avantage du second chercheur était d'obtenir une autre vision du codage afin de limiter la subjectivité et de ne pas passer à côté d'une donnée manquante.

## **VIII) Méthodologie de la recherche bibliographique**

Au début de l'étude, une revue de la littérature a été réalisée pour approfondir les connaissances actuelles sur le sujet à l'aide des bases données suivantes : PUBMED, Google, Pépite, HAS et SUDOC.

Les mots-clés utilisés ont été : Activité physique, Représentation, Impact, Professionnels de santé, Sédentarité, Pratiques professionnelles

L'utilisation du logiciel Zotero a permis de sélectionner les références.

## RESULTATS

### **I) Généralités sur les entretiens**

Sept entretiens ont été réalisés en Janvier 2020 et quatre entretiens réalisés en Janvier 2021. Le passage des attachés d'information a eu lieu en Novembre et Décembre 2020. De Février 2020 à Octobre 2020, le projet a été retardé suite à l'épidémie de COVID. En raison de la crise sanitaire, quatre entretiens ont pu seulement être réalisés. Au vu des différents entretiens avec les participants, on estime avoir une suffisance des données. Mais nous n'en sommes pas totalement certains étant donné que trois participants n'ont pas reçu l'intervention. Les données ainsi récupérées se basent sur un faible échantillonnage.

Les entretiens sont classés par ordre chronologique de réalisation.

### **II) Caractéristiques de la population étudiée**

#### **A- Caractéristiques socio-démographiques et prescription d'AP**

##### **1- Sexe des participants**

Les participants de cette étude comptent 2 femmes et 5 hommes.

##### **2- Age des participants**

Tous sexes confondus, l'âge des participants varie entre 30 et 60 ans.

##### **3- Professions des participants**

Trois sont médecins et quatre sont masseurs-kinésithérapeutes.

##### **4- Prescription médicale d'AP avant et après intervention**

57% utilisent la PM d'AP sur les sept participants avant l'intervention.

75% utilisent la PM d'AP sur les quatre participants après l'intervention.

L'ensemble de ces caractéristiques est résumé dans le tableau 3.

#### **B- Caractéristiques des participants et propositions d'AP**

##### **1- Statut sportif des participants**

Sur les sept participants, six pratiquent régulièrement un sport et un participant est limité à la marche dû à un problème de santé. 80% des participants ont un profil sportif.

##### **2- Pratiques personnelles sportives des participants**

Deux participants ont une pratique individuelle exclusive, les autres ont une pratique mixte à la fois individuelle et collective.

##### **3- Types d'activité physique pratiquées des participants**

Les participants pratiquent différents sports.

#### 4- Proposition et discussion d'AP avec leurs patients

71% des participants qui ont un profil sportif proposent une AP à leurs patients.

L'ensemble de ces caractéristiques est résumé dans le tableau 4.

### C- Tableaux récapitulatifs

Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques et prescription d'AP

	Sexe	Catégories d'âge	profession	Statut sportif	Prescription AP avant	Apport intervention	Prescription AP après
P1	H	[50 ;60]	Kinésithérapeute	Oui	+++	Aucune aide	+++
P2	F	[40 ;50]	Médecin	Oui	++	Discussion prescription	+++
P3	H	[30 ;40]	Kinésithérapeute	Oui	+	Medicosport-santé Méthode de travail	++
P4	F	[40 ;50]	Médecin	Non	+		
P5	H	[30 ;40]	Kinésithérapeute	Oui	+		
P6	H	[40 ;50]	Kinésithérapeute	Oui	++		
P7	H	[50 ;60]	Médecin	Oui	+++	Aucune aide	+++

(légende : + activité faible de PM dans la pratique)

++ activité modérée

+++ activité forte

Tableau 4 : Caractéristiques des professionnels de santé interrogés et proposition d'AP

	Statut sportif	Pratique sportive	Types d'activité	Proposition d'AP
P1	Oui	mixte	Marche,vélo	+
P2	Oui	individuelle	Marche,vélo,stretching,pilates	+/-
P3	Oui	mixte	Rugby, course à pied, vélo	+
P4	Non	individuelle	Marche	+
P5	Oui	mixte	Football, course à pied	+/-
P6	Oui	mixte	Football, course à pied	+
P7	Oui	mixte	Marche,course à pied,vélo	+

### III) Résultats analytiques

#### A) Partie 1 : Pratiques professionnelles et représentations avant intervention

##### 1- Pratiques professionnelles

Nous nous sommes intéressés aux pratiques professionnelles des MG et des kinésithérapeutes, comment ils intégraient l'activité physique dans leur patientèle.

##### a-Temporalité

L'activité physique est présente de manière constante chez les professionnels de santé.

Ils l'intègrent à tout moment de leur consultation. Elles font parti de leur quotidien.

*P2*: « Elles sont quotidiennes, [...] je l'intègre dans chaque consultation ».

*P6*: « Tout le temps. Tout le temps. ( répéter 2 fois) ».

*P7*: « C'est une information que je fais tous les jours, j'ai l'impression de répéter toujours les mêmes choses. »

## **b- Moyens / outils**

Les professionnels de santé utilisent de nombreux outils dans leur pratique pour intégrer l'activité physique dans la vie quotidienne de leurs patients.

### **1- Prescription médicale**

#### **- Prescription écrite**

L'un des moyens les plus utilisés par les MG dans leur pratique concernant l'activité physique est de rédiger une ordonnance écrite. Deux MG sur trois le notifient systématiquement. Un des kinésithérapeutes rapporte qu'il ne travaille que sur prescription médicale du médecin.

*P2*: « si bien sur l'ordonnance, je le note sur l'ordonnance ».

*P3*: « Prescriptions médicales du médecin, je travaille qu'avec ça moi, et puis c'est tout ».

*P7*: « Je les mets systématiquement sur mes ordonnances. Systématiquement écrit activité physique. Je les mets d'emblée sur mes ordonnances ».

#### **- Législation**

Cette prescription médicale d'AP est soumise à des textes réglementaires et est encadrée par une législation spécifique comme le rappelle un kinésithérapeute.

*P1*: « il y a quand même quelques décrets celui de 2016, eu beaucoup de documents avant qui ont déjà été édités notamment de la HAS en 2011 et mis en place la prescription thérapeutique non médicamenteuse dans lequel on retrouvait l'activité physique ».

### **2- Conseils**

Les professionnels de santé conseillent leur patient en adoptant différentes techniques.

### **a- Lexique verbal**

47% d'entre eux utilisent un vocabulaire d'argumentaire afin de faire reprendre une activité physique à leur patient.

*P1 : « Pour les réinciter à reprendre l'activité physique ».*

*P4 : « Je pense que c'est l'un des moyens les plus faciles pour persuader les gens de refaire de l'activité [...] On va conseiller à tout le monde ».*

*P5 : « C'est plus les encourager à recommencer un peu d'activité ».*

### **b- Reformulation**

Un médecin généraliste nous explique qu'il doit trouver des astuces, notamment la reformulation, pour passer outre les problématiques des patients.

*P7 : « J'essaye de ne pas utiliser le terme de sport, parce que forcément ça les bloquent, donc on parle activité physique ».*

### **c- Echange médecin/patient pour que le patient devienne acteur**

Deux médecins sur trois expriment qu'ils sont ouverts à la discussion avec leurs patients. Ils prennent un temps d'échange pour induire un questionnement chez leur patient et le rendre acteur de sa santé.

*P4 : « Après s'ils veulent faire du jogging, faire des activités plus poussées, il n'y a pas de soucis on en parle ».*

*P7 : « [...] j'en parle. Qu'est-ce qu'ils sont prêts à faire, est-ce qu'ils ont appris à bouger. Qu'est-ce que vous faites réellement pour bouger ? [...] Je pense que faire partager ça aux gens, leur faire comprendre ».*

### **d- Stimuler le patient**

L'objectif d'un des médecins est de déclencher une réaction de la part de son patient.

*P4 : « On essaye toujours de stimuler les patients au moins à marcher ».*

### **e- Fixer des objectifs**

Un des médecins fixe des objectifs à ses patients.

*P2: « Je le dis au patient, qu'il n'ait pas peur d'en faire 8 ou 10 (km), c'est déjà pas mal, au moins un petit objectif ».*

### **e- Sources de motivation**

Les professionnels de santé proposent des alternatives pour inciter les patients à reprendre une activité physique. Faire du sport en groupe peut être une source de motivation pour certains.

*P1: « Donc au fil du temps, j'ai instauré en tout cas cette pratique-là, en mettant des groupes et en faisant les propositions systématiquement.[...] Actuellement, j'ai des groupes le mardi et jeudi en marche nordique ».*

Ensuite, donner quelques conseils systématiques simples pour pouvoir intégrer l'AP à leur vie quotidienne.

*P2: « [...] , ben, pour moi, la demi-heure de marche, on dit tous les 2 jours, mais moi je dis tous les jours, comme ça déjà au moins on est sûr qu'il y aura au moins tous les 2 jours, prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur, prendre le vélo, voilà c'est les petits conseils au jour le jour, sortir de son canapé et se promener, acheter 1 chien pour sortir le chien. [...] faire le tour du quartier, à beaucoup de trouver des personnes avec qui le faire, pour se motiver une voisine, de la famille, ça marche bien [...] ».*

### **3- Sport sur ordonnance**

Une des médecins fait appel au sport sur ordonnance pour l'aider avec ses patients.

*P2: « Je le note sur l'ordonnance. Ici dans le douaisis, on a sport sur ordonnance, que je sollicite assez facilement, [...]. Il y a une possibilité pendant 1 an d'inscrire une personne dans un club pour essayer de les remotiver et après ils continuent d'eux-mêmes ».*

### **4- Programmes d'exercices**

Des programmes d'exercices sont mis en place par les kinésithérapeutes afin de les aider à assurer une certaine mobilité chez leurs patients.

P5 : « C'est des programmes d'exercice : se lever d'une chaise, faire des abdos sur une chaise, encourager à aller marcher, faire du vélo d'appartement, ce qui est renforcement musculaire global et puis travail aérobie [...]».

P1 : « Donc forcément le cardio-respi et cardiovasculaire en priorité, le renforcement musculaire qui va venir compléter avec les étirements, on pourrait mettre aussi un travail d'équilibre pour certaines pathologies par exemple notamment la maladie de parkinson et on va les faire marcher et en même temps la stabilité ».

## **5- Bilan kiné préalable**

Les kinésithérapeutes peuvent réaliser des bilans dans le cadre de la prescription d'AP.

P6 : « On a maintenant un bilan kiné à faire, donc le médecin met le thème de l'ordonnance , puis c'est à nous après de s'organiser dans le bilan avec les soins kinés à faire et le nombre de séances théoriquement. Les bilans, on doit les garder aussi et c'est les caisses qui les signent ».

## **6- Calculer le nombre de pas**

Un des MG le plus âgé nous expliquent avoir compter le nombre de pas réaliser dans une journée afin d'évaluer son activité physique.

P7 : « Je me suis amusé une fois à calculer le nombre de pas que je pouvais faire dans ma journée de travail [...] ».

## **7- Prévention des complications**

Un des kinésithérapeutes partage son expérience de la préhabilitation qu'il pratique à la fois à l'hôpital et en ville en respectant des protocoles déjà mis en place.

P5 : « Je fais de la préhabilitation (définition : préparer les patients à la chirurgie, c'est un entrainement physique avant la chirurgie pour améliorer la récupération post-opératoire).[...] C'est un protocole qu'on a mis en place [...] à l'hôpital, qui du coup je reproduis en ville et au domicile les gens qui en sont capables ».

## **c- Adaptation à la population**

### **1- Age et profil sportif**

Tous évoquent des profils de population d'âges variés montrant que l'AP concerne tout le monde.

*P1 : « Cela peut être aussi dans le cadre des gens en bonne santé ».*

*P2 : « Je fais une prescription qui évalue en fonction de la personne et de ses possibilités, de sa capacité, de sa volonté, des sports, que ce soit la marche, la gym, la piscine ».*

*P3 : « pour les gamins qui sont pas assez musclés, parce que manque d'activité physique, pas de sport ».*

*P4 : « [...] variable d'une personne à une autre. Quelqu'un qui a 90 ans, je vais pas lui demander de bouger autant que quelqu'un qui a 30 ans ».*

*P5 : « La population ici n'est pas très sportive à la base, beaucoup de personnes âgées qui sont déconditionnées.[...] D'abord en fonction de chacun, mais bon, je peux encourager les patients à aller à la piscine mais clairement on n'a pas la population pour. Car souvent le but c'est de trouver l'activité qui correspond aux patients ».*

### **2- Pathologies spécialisées**

86% parlent d'une pratique avec une adaptation au cas par cas en fonction des pathologies.

*P1 : « Moi, je suis vraiment spécialisé en cancérologie, lymphologie, maxillo-faciale, apnée du sommeil, périnée.[...] ben finalement, j'ai toujours baigné dans l'AP et les pathologies. [...] C'est surtout par rapport à une pathologie car l'axe cancéro est beaucoup présent dans mon activité ».*

*P3 : « En fonction des pathologies ».*

*P4 : « Ça dépend des cas, chaque cas est un cas particulier. [...] après la personne qui a de l'hypertension, on va insister plus. La personne en surcharge pondérale, on va insister aussi, la personne qui a fait un infarctus [...]. On adapte à chacun ».*

### **3- Catégories socio-professionnelles**

Un d'entre eux évoque les caractéristiques sociales pouvant interférer dans la pratique d'une AP, notamment le fait d'être une personne isolée, ou encore le tabagisme actif.

*P5 : « Il y a les conditions sociales, beaucoup de tabac.[...] Les gens qui sortent peu, qui ont peu de contact social ».*

Un autre relate que la profession peut aussi influencer.

*P6 : « Qui a un métier où on est souvent assis ».*

### **4- Réadaptation**

71% d'entre eux s'adaptent au profil du patient, c'est-à-dire qu'ils partent de l'état du patient à un instant t pour arriver progressivement à le réautonomiser, sans aller dans la performance. Le but étant de s'appuyer sur une condition physique qu'ils avaient déjà au départ.

*P2 : « Aux gens je leur dis bien qu'ils fassent pas des performances ».[...] C'est remettre quelqu'un dans la pratique d'une activité physique ».*

*P3 : « Réadaptation cardiaque, réadaptation à l'effort après les opérations.[...] C'est de la remise à l'effort, de la remise à la marche surtout, réautonomiser les gens ».*

*P4 : « On attend de la rééducation que l'aptitude soit là pour relancer l'activité physique ».*

*P7 : « Tout dépend du handicap de la personne, on va partir de ce handicap, à partir de ce qu'il en pense dans un premier temps, on n'est pas là pour faire de la performance, on est là simplement pour augmenter ce qu'on fait peu . Grosso modo, c'est un petit peu ça. Mais on s'adapte vraiment au handicap du patient ».*

## **d- Coopération pluridisciplinaire**

### **1- Coopération Médecin/kiné**

47% d'entre eux interagissent ensemble par la prescription médicale et le bilan kiné.

*P6 : « Le bilan doit être renvoyé chez le médecin. Et théoriquement, c'est un lien avec le médecin également. »*

## **2- Coopération avec des coachs sportifs**

Une des médecins collabore avec des coachs sportifs.

*P2 : « On a aussi un programme chez les enfants sur l'obésité, qui sont pris entre 3 ans et 8 ans par le pôle santé, là où justement il y a un bilan psychologique, diététique et aussi, un coach sportif qui évalue leurs activités ». [...] on a de la chance, dans le douaisis, d'avoir ça, c'est la communauté d'agglomération, qui a embauché 2 coachs qui réévaluent ».*

## **3- Coopération avec des cliniques**

Un kinésithérapeute souligne un partenariat pour l'AP avec des cliniques de proximité.

*P1 : « J'ai une proposition d'activité physique et dialyse avec bois-bernard, de rose pilates pour les cancers du sein avec la clinique st Amé. [...] le circuit de marche nordique se fait hors du cabinet, mais avec d'autres structures comme la clinique st Amé ».*

## **4- Pas de coopération**

Deux kinésithérapeutes sur quatre témoignent qu'il n'y a pas d'interaction entre les différents professionnels de santé. Ils ne rentrent pas en contact avec les médecins et parfois adaptent eux-mêmes les prescriptions.

*P3 : « Non, c'est moi qui gère, en fonction de ce qu'ils ont, ça se fait automatiquement ».*

*P5 : « La prescription remise en forme sport, on n'en a pas. Je ne sais pas si c'est les prescripteurs qui ne sont pas vieillissants. [...] C'est une bonne question parce que clairement nous on n'en a pas. Il n'y a pas de MPR dans le coin, de médecins de réadaptation donc globalement on n'en a pas. Pas du tout même ».*

## **2- Représentations**

Nous nous sommes intéressés aux représentations des MG et des kinésithérapeutes concernant l'AP et la sédentarité sur le plan professionnel et personnel.

### **a- Représentations générales et professionnelles**

#### **1- Besoin**

##### **a- Primaire / essentiel**

Un des kinésithérapeutes nous fait remarquer que l'activité physique est un besoin essentiel du

corps humain.

P1: « On a un besoin de faire une pratique d'activité physique ».

### **b- Nécessité**

Trois des participants sur sept sont d'accord pour dire que l'activité physique fait parti intégrante de l'hygiène de vie.

P1: « Donc c'est nécessité d'activité physique ».

P2: « ça fait parti de l'hygiène de vie ».

P6: « Ben une bonne hygiène de vie déjà ».

P7: « C'est plutôt une façon, une hygiène de vie (répéter 2 fois), un équilibre de vie c'est pour moi, une stimulation dans la vie, je pratique depuis des années. Et j'ai toujours trouvé ça équilibrant».

### **c- Activité de base : la marche**

Une des médecins conçoit la marche comme l'activité physique de base. Celle-ci pouvant être accessible à tous.

P4: « Parce que pour moi, l'activité physique de base, c'est la marche. [...] la marche, c'est accessible à tout le monde ».

## **2- Bénéfices**

### **a- Bien-être/ Aspect psychologique**

Pour 47% des participants, l'activité physique concorde au bien-être de la personne, permettant de s'accepter tel que l'on est, d'avoir une bonne estime de soi. Pratiquer une activité physique doit devenir un plaisir.

P2: « L'amour de soi ».

P4: « Toute activité qui concourt au bien-être de l'individu ».

P7 : « Je pense que faire partager ça aux gens, leur faire comprendre que c'est vraiment être bien dans sa peau. Le problème c'est d'être bien dans sa peau, moi je suis convaincu de l'activité physique, d'autres voient peut-être l'AP comme une contrainte donc on essaie de faire passer ça comme un plaisir ».

Deux d'entre eux font ressortir l'aspect psychologique de pratiquer une AP, notamment par la notion de plaisir, de faire du bien à son moral allant jusqu'à aller à la catharsis. C'est-à-dire de purger son esprit de toutes les pensées néfastes accumulées au cours d'une journée.

P4 : « Et la marche, c'était mon activité physique de base et aussi mon exutoire. [...] ça m'arrivait après une journée de consultation lourde. Faire un bon tour, faire 2 ou 3 tours de pâté de maison ou enfin un tour élargi ».

P5 : « Niveau psychologique outre l'aspect physique, ça vide la tête, on pense à autre chose. Côté plaisir aussi ».

### **b- Bon pour la santé**

Pratiquer une activité physique est considérée par 47% des participants comme un facteur ayant une réelle influence sur la santé. Evidemment, plus une personne sera active, plus elle sera en bonne santé.

P1 : « C'est la mise en place d'une AP qui va améliorer la santé ou la maintenir en tout cas. »

P4 : « Les personnes âgées, plus elles marchent, moins il y a de chute et moins il y a de déclin ».

P6 : « Faire du sport tout simplement, c'est bon pour la santé. On le sait maintenant ».

### **c- Contact humain**

29% des professionnels de santé apportent à l'activité une dimension humaine, c'est-à-dire que le fait de pratiquer une AP à plusieurs permettrait de conserver un lien social ou même de se motiver ou bien encore de faciliter la reprise du travail après une rééducation.

P1 : « Améliorer ne serait-ce que la reprise du travail quand elles sont prêtes après la rééducation ».

P2 : « *Trouver des personnes avec qui le faire, pour se motiver 1 voisine, de la famille, ça marche bien, comme tout on est humain* ».

### 3- Définitions

#### a- Activité physique

- **Définition : Action**

Trois sur sept définissent l'AP comme la réalisation d'une action, d'un mouvement.

P2 : « *S'agiter, améliorer sa santé* ».

P3 : « *Activité, c'est le fait de bouger, de ne pas rester immobile* ».

P6 : « *Pour moi, c'est le mouvement* ».

- **Prévention**

Deux participants sur sept, réaliser une AP est considéré comme de la prévention primaire permettant d'empêcher l'apparition de certaines pathologies.

P5 : « *C'est plus le sport pour éviter plus de problème de santé par la suite. C'est plus une précaution, tout ce qui est respiratoire, cardiaque. [...] plus en préventif, pour améliorer la santé. C'est plus rarement pour déjà traiter un problème* ».

P6 : « *Activité physique, entretenir le cardio, la souplesse musculaire, le mouvement, la kinésithérapie, c'est la thérapie par le mouvement et aussi par ma profession* ».

- **AP : un conseil médical, une thérapeutique**

Deux professionnels de santé intègre l'activité physique dans leur conseil médical comme thérapeutique.

P6 : « *C'est une prescription faite par le médecin qui vous est fourni justement pour agir sur cette sédentarité et lutter contre les méfaits de la sédentarité.* ».

P7 : « *C'est un conseil, mais pour moi, c'est une thérapeutique* ».

- **Progression**

Un kinésithérapeute relativise la pratique d'AP comme une progression en utilisant une comparaison avec le marathonien.

P1 : « Dans le terme activité, je pense que j'y mettrai une progression par rapport à l'état initial du patient ou de la personne. On ne peut pas du jour au lendemain devenir un marathonien ».

## **b- Sédentarité**

- **Etymologie**

L'un des participants se réfère à l'étymologie du mot sédentarité pour le définir.

P1 : « Si on se réfère au latin « sedere », c'est être assis en tout cas ».

- **Définition/ concept**

La définition la plus souvent citée est celle de l'immobilisme associée à notre mode de vie actuel.

P2 : « C'est la vie du XX<sup>e</sup> et du XXI<sup>e</sup> siècle, canapé, voiture voilà ».

P4 : « Ne pas bouger assez ».

P5 : « C'est le déconditionnement à l'effort pour moi. Les gens qui [...] n'osent plus bouger de chose, qui n'ont plus le courage de le faire ».

- **Pas d'action/ pas de mouvement**

47% d'entre eux définissent la sédentarité comme un manque d'action et de mouvement.

P1 : « Ceux sont des activités pour lesquelles on a très peu de groupes musculaires qui seront utilisés. Donc c'est toutes les activités plutôt en position assise ou des fois, un peu la station debout, et dans laquelle il n'y a pas de mouvement, pas de déplacement ».

P3 : « C'est manque de mouvement, manque d'activité physique ».

P6 : « Qui ne pratique pas d'activité sportive ou très peu, [...]. Donc pas beaucoup de mouvements, pas beaucoup de marche ».

- **Historique : théorie vs réalité**

Une des médecins fait référence à l'histoire pour nous rappeler qu'il existe un déterminisme génétique. En effet, l'homme est programmé pour réaliser une certaine distance en théorie. Mais dans la réalité, peu de personnes atteignent cette distance chaque jour.

P2 : « *L'homme préhistorique et moi qui fait de la micro-nutrition, est programmé pour faire 30 km par jour, donc on a nos gènes qui sont programmés pour faire 30 km par jour, et je ne pense pas qu'il y en ait beaucoup qui fassent ses 30 km par jour* ».

### **b- Représentations et pratiques personnelles**

#### **1- Pratique individuelle ou collective**

- Les professionnels de santé ont en majorité une pratique sportive individuelle.

P4 : « *ça m'arrivait après une journée de consultation lourde. Faire un bon tour, faire 2 ou 3 tours de pâté de maison ou enfin un tour élargi. En général, le week-end, j'allais me faire une ballade le dimanche et une marche le samedi aussi* ».

P6 : « *Le foot en club en vétéran, et si je cours souvent c'est tout seul* ».

P7 : « *Je fais du sport, de la course à pied depuis des années, marathons, avec un collègue. Je faisais de la marche de temps en temps avec mon épouse, la natation c'est pas trop mon truc, du vélo, j'en faisais aussi. C'est prioritairement de la course à pied* ».

- La pratique d'AP peut parfois se réaliser en famille, mais elle se retrouve dépendante des goûts de chacun. Ceci étant responsable d'une pratique individuelle par la réalisation d'activités différentes.

P1 : « *En familial : non, mon épouse, c'est plus la natation et moi je suis plus marche nordique. [...] Moi, je suis toujours à l'extérieur, jamais enfermé dans les murs* ».

- Une des médecins a une représentation collective de l'activité physique, mais une pratique individuelle.

P2 : « *Oui, moi je fais du stretching postural et du pilate depuis 25 ans en club, de la marche du vélo dès que je peux. Pratique individuelle. Moi, mes enfants ont fait du hockey sur gazon, ils ont bougé, sport d'équipe en plus, c'est très bon pour les jeunes* ».

- Un autre encore pratique avec ses patients.

P1 : « Je fais la marche avec les patients, je les accompagne, comme avec le rose pilates qui va se mettre en place, je pourrais les accompagner dans certains exercices ou en appui pour les corriger, les bons gestes qui seront nécessaires ».

## **2- Manque de connaissances vs concept connu**

En général, chacun des professionnels connaît les grands principes de l'activité physique, mais une méconnaissance persiste sur les nouveaux concepts.

P1 : « Pour moi se serait déjà une bonne connaissance de la part des médecins, à quel moment, pour qui on doit se positionner, [...]. Donc c'est vraiment à ce moment-là, une bonne connaissance de la part des médecins pour quelles pathologies, pour quels patients et qu'est-ce que je mets ou est-ce que je fais confiance aux acteurs ».

P3 : « (hésitation) C'est vague ! [...] C'est de la remise à l'effort, de la remise à la marche surtout, réautonomiser les gens ».

P4 : « Je ne sais pas. On remplit les papiers mais donner une définition ».

P5 : « C'est une bonne question ».

## **3- Types d'activité**

Chaque professionnel pratique avec une intensité différente selon le type de sport.

P1 : « Ben moi, je suis entraîneur fédéral de marche nordique, quasiment je marche 4 à 5 fois par semaine je fais un peu de course 5 km pas plus, hier j'ai été faire une marche de 11 km ».

P4 : « Après je fais du stretching, il n'y a plus d'adaptation cardiovasculaire avec le stretching comme il peut y avoir avec la marche ».

## **4- Freins**

De très nombreux freins sont présents dans la pratique d'une AP : des horaires inadaptés, le type de profession, des problèmes de santé, la difficulté de trouver des partenaires pour réaliser certains sports.

- **Projet d'activité commune familiale lié aux horaires inadaptés**

Pour 57% d'entre eux, le fait d'avoir des horaires inadaptés empêchent la pratique d'une activité physique en famille.

*P1 : « On s'était dit que cette année se serait bien qu'on fasse du vélo en commun comme elle (son épouse) travaille un week-end tous les 15 jours. On ferait du vélo lors de ses week-end de repos les dimanches ».*

- **Frein à la pratique liés à un problème de santé**

Un problème de santé peut se retrouver être un frein dans une pratique sportive.

*P4 : « J'en ai fait. J'ai en ce moment, je marchais beaucoup, j'ai un trouble de la marche qui m'empêche de marcher. [...] Il n'y a pas grand chose parce qu'à partir du moment où on ne peut marcher, il n'y a pas grand chose. La natation, j' avoue, je suis moins fan. Je ne nage pas bien ».*

- **Contraintes horaires professionnels tardifs / obscurité / Difficulté à trouver des partenaires**

Des horaires inadaptés liés à une profession prenante peuvent être responsable d'une pratique individuelle. Ceux-ci engendrent des difficultés pour trouver des partenaires de sport.

*P5 : « Maintenant je cours et c'est pratique une heure dans la journée . Là le midi, entre 12h et 13h je pourrais y aller ou même le soir quand il fait clair. Individuel, car en club avec les entraînements et les horaires, c'est difficile ».*

*P7 : « J'ai toujours fait du sport .Mais depuis que je suis installé, la seule chose que je pouvais faire c'était courir dû aux horaires irréguliers. C'est compliqué d'être collectif, il faut forcément se réunir avoir des horaires. Avec les enfants, on a fait des randonnées pendant les vacances, ça c'est évident. Mais la course à pied je peux faire ça à 5 h au matin sans déranger qui que ce soit. Quand j'étais plus jeune, je faisais du foot, du basket, du handball, du volley, quand les horaires étaient adaptés, on pouvait se réunir en groupe, et c'était très sympa. Alors c'est vrai que quand je me suis installé qu'est-ce que je peux faire là maintenant en sport. Donc tennis il faut être 2 , football, il faut être une équipe. Quand j'étais étudiant, on avait créer un club de foot à la fac, et puis on essayait tant bien que mal le dimanche d'être à 11, parfois on jouait au foot à 9. On se débrouillait. ».*

- **Le type de professions : médecins**

Un des médecins fait le constat suivant : les médecins, plus particulièrement les généralistes, exerceraient une profession plutôt sédentaire.

*P7 : « Je pense que nous médecins nous sommes des professions sédentaires, on ne bouge pas tant que ça ».*

## **5- Pour ou contre le sport**

100% des professionnels de santé sont favorables à la pratique d'une activité physique.

*P3 : « Oui, oui, beaucoup. Tout. Je fais beaucoup de motos moi, de l'enduro, après du rugby, et puis du vélo, de la course à pied, enfin un peu de tout, individuel et avec la famille ».*

*P7 : « Je suis un convaincu, [...]. Pour moi l'activité physique, c'est très bien ».*

## **6- Simplicité**

Pour 71% d'entre eux, pratiquer une AP est quelque chose de simple, que l'on peut effectuer sans matériel, sans personne, sans contrainte horaire.

*P4 : « C'est la marche, ça peut se faire n'importe quand, n'importe comment, pas besoin d'investissements, il n'y a aucune contrainte ».*

*P4 : « L'avantage de la marche, c'est que l'on peut le faire en dehors d'un club, à n'importe quelle heure, pas besoin de matériel, quand on n'a pas des horaires réguliers ».*

*P5 : « Je peux y aller quand je veux. Quand j'ai 1 h de dispo ».*

*P7 : « Je fais ça où je veux, quand je veux, à l'heure que je veux. Il suffit de peu pour aller courir ».*

## **B) Partie 2 : Pratiques professionnelles et représentations après intervention**

### **1- Pratiques professionnelles**

Nous nous sommes intéressés aux pratiques professionnelles des MG et des kinésithérapeutes concernant l'AP et la sédentarité après l'intervention d'un attaché d'information.

#### **a- Modification des pratiques**

Après l'intervention, nous avons pu observer un changement des pratiques auprès de deux professionnels de santé sur quatre, notamment dans leurs manières d'utiliser certains outils tels que la prescription médicale, les questionnaires. Mais aussi une plus grande coopération avec les autres acteurs de santé.

#### **1- Outils**

##### **a- Plus d'échanges médecin traitant-patient**

Une des médecins nous explique qu'elle aborde plus souvent le sujet avec ses patients.

*P2 : « Oui, enfin en parler plus.[...] Il faut marcher, bouger ».*

##### **b- Prescription médicale**

La prescription médicale est toujours l'outil le plus utilisé.

*P2 : « Donc, oui dans le sens prescrire. Oui, je le marque sur l'ordonnance ».*

##### **c- Prévention systématique**

50% des professionnels font appel à la prévention dans leurs pratiques.

*P1 : « Par contre de l'activité physique, on en fait souvent dans les ateliers de prévention ».*

*P7 : « On essaye de faire de la prévention, c'est-à-dire que l'on fait systématiquement ».*

Un des médecins explique même son rôle de prévention en conseillant ses patients par des astuces de reformulation.

*P7 : « Combien de fois, je vous le dis ; si vous êtes devant la télé et que vous y restez 1 heure , 1h30 ou 2h, pensez à bouger tout de suite après. Je dis même à des patients, mettez vous une sonnerie au niveau de votre téléphone qui vous permette de dire que "je suis resté un peu trop longtemps assis, je bouge" ah, d'accord systématiquement ».*

#### **d- Carnets d'adresses**

Un médecin a apprécié de recevoir un carnet d'adresses, qu'il aurait souhaité plus conséquent.

*P7 : « Ce que j'aurai aimé c'est quelle m'apporte plus un carnet d'adresses un peu plus important. Parce que ce qu'elle m'a expliqué, j'avoue que je le connaissais ».*

#### **e- Aide : apports d'exercice et méthode de travail**

La moitié des professionnels a reconnu avoir utilisé les outils proposés par l'attaché d'information suite à cette intervention, notamment le médico-sport santé et le dispositif "bouge avec moi".

*P1 : « Médico-sport santé ? oui, que j'utilise. dispositif « bouge avec moi » ? ça c'est avec l'ARS, oui je l'utilise bien sûr ».*

*P3 : « Des exercices et une méthode de travail [...] Médico-sport santé ? Oui, oui, ça oui, je l'utilise depuis, ça m'arrive. Dispositif « bouge avec moi » ? oui très bien ».*

#### **f- Proposition d'un programme physique**

Un médecin reconnaît utiliser un programme physique adapté à ses patients.

*P7 : « Quand je vois des enfants qui sont parfois un peu trop costauds. Ben, j'essaye d'en parler avec les parents pour savoir comment ça se passe, etc. Et on essaye de leur définir une activité physique à faire, même topo pour les adultes qui n'ont pas de problèmes pour éviter justement qu'ils en aient ».*

## **2- Adaptation aux patients**

Ils sont trois sur quatre à adapter leurs pratiques concernant l'AP aux profils de leur patient.

*P1 : « Mais voilà nécessité de faire une AP adaptée pour telle pathologie pour Madame ou Monsieur untel. C'est de savoir organiser justement par rapport aux besoins du patient, à sa propre activité, jusqu'à aller à l'éducation du patient pour qu'il ne soit pas dépendant du professionnel ».*

*P2 : « C'est voir avec un coach quelles sont les capacités de la personne à adapter en fonction de son profil physique ».*

P7 : « *Donc, on essaye de voir quelle est leur hygiène de vie à la fois sur le plan alimentaire, et sur le plan physique également* ».

### **3- Envisage beaucoup plus une coopération multidisciplinaire**

Il n'existe pas de réelle coopération médecin-kinésithérapeute actuellement, mais la moitié l'envisagerait.

P1 : « *Pas pour l'instant. Non, on n'a pas de médecin référent par rapport à ça. Ca pourrait se faire mais pour l'instant c'est compliqué. Mais pourquoi pas une fois que tout ça sera passé il y aura peut-être une possibilité* ».

P2 : « *Non, je ne le fais pas. Si non, l'envisagez-vous ? Oui, ça pourrait être fait* ».

## **b- Pas de changement**

### **1- Très actif**

50% des professionnels ont reconnu que cette intervention n'avait pas changé véritablement leur pratique étant déjà très actif dans ce domaine.

P1 : « *Moi j'en pratique déjà beaucoup. Donc, ça n'a pas changé pour moi, je continue à pratiquer avec mes patients. Finalement, je connaissais déjà, ça fait 20 ans que j'en fait. [...] je le fais au quotidien* ».

P7 : « *Parce que moi, je ne sais pas si vous vous souvenez mais j'étais quand même très toujours porté sur l'activité physique. J'en parle régulièrement avec mes patients et je le marque même sur mes ordonnances. Donc, est-ce que ça a changé mon comportement ? Moi je ne pense pas. Je dirai non*».

### **2- Toujours la même population ciblée**

Pour la totalité des professionnels, la population ciblée est toujours la même.

P1 : « *Sur la même population : cancer du sein principalement* ».

P7 : « *Alors, c'est toujours bien sûr, des personnes en ALD, et puis après j'ai forcément des patients qui sont pas du tout en ALD* ».

### 3- Outils

- **Pas de rappel des outils/ oubli des outils proposés**

75% des participants ne se rappellent plus des outils proposés, même avec un rappel de ses outils.

P2 : « Non je ne me souviens pas des outils qu'elle m'a donnée ».

P3 : « Non, je ne m'en rappelle pas ».

P7 : « J'avoue que j'essaye de me remettre ça en tête depuis tout à l'heure, mais je ne vois plus trop ces outils. [...] ça m'a échappé ça maintenant( léger malaise), quand vous m'en reparlez, je ne vois plus ça ».

- **Utilisation d'autres outils**

Une des médecins nous rappelle qu'elle utilisait déjà un outil : le sport sur ordonnance.

P2 : « Moi, j'utilise sport sur ordonnance, donc, j'utilisais déjà quelque chose ».

### **c- Favorable à une formation pour améliorer les pratiques**

- Trois participants sur quatre sont favorables à une formation pour améliorer les pratiques.

P2 : « ça peut être intéressant ».

P3 : « ça peut être utile ».

P7 : « C'est vrai que quand je l'ai reçu, j'ai eu un temps court avec elle. Je l'ai vu 15 min. L'idéal aurait été sous forme de présentiel, de soirées.[...] je pense que c'est beaucoup mieux, parce que dans ce genre de présentiels. Quand on est à plusieurs, on échange. Quand on échange, il y a d'autres médecins qui ont de bonnes idées ».

- Un d'entre eux estime qu'une formation ne serait pas nécessaire pour lui, mais suppose qu'elle pourrait être utile à certains.

P1 : « Pour moi : non (rires). Après pour d'autres, je suppose que oui ».

- L'un d'eux supposent que les professionnels de santé sont moins formés sur le sujet.

*P1 : « Est-ce que le médecin irait jusqu'à noter les caractéristiques, la fréquence, la durée, l'intensité, pourquoi pas. Je pense qu'un médecin du sport serait capable de le faire, mais le médecin généraliste, il laisserait libre la prescription ».*

## **2- Représentations**

### **a- Rôle du professionnel**

#### **1- Essentiel**

Tous reconnaissent le rôle primordial du professionnel de santé dans l'activité physique.

*P1 : « Il a une place importante parce que c'est lui qui va gérer éventuellement dans un premier temps le bilan ».*

*P2 : « Elle est primordiale. C'est comme bien dormir et bien manger ( rires) » .*

*P3 : « Il est essentiel pour surveiller le bon déroulement des séances, pour pas que les gens ne fassent n'importe quoi ».*

*P7 : « On est forcément le moteur par rapport à ça. On est vraiment les explications de l'intérêt de cette activité physique pour leur santé. [...] Donc, c'est vraiment expliquer le pourquoi de l'utilité et l'utilisation de cette AP qui est primordial dans le soin et la prévention ».*

#### **2- Conseils**

Un médecin explique son rôle de conseiller auprès de ses patients.

*P7 : « Euh, alors, j'ai parfois des questionnements : pourquoi bouger ? Faire de l'activité physique? C'est cataloguer ce que les gens font déjà chez eux et voir si c'est vraiment adapter déjà et peut-être leur conseiller certaines activités supplémentaires, euh...qu'ils n'ont pas pensé à faire ».*

#### **3- Evaluation**

Deux professionnels exposent l'intérêt de réaliser un bilan fonctionnel chez leurs patients afin d'adapter au mieux l'activité physique.

P1 : « Un bilan fonctionnel puisque c'est ce que l'on attend de l'activité physique, c'est de redonner une fonctionnalité au corps. Donc, le premier point c'est que le kiné fasse le bilan, l'orientation, éventuellement si lui n'est pas à même d'exercer ou de mettre en place l'AP, mais en même temps, on est quand même une profession du corps ».

P7 : « En général, si vous voulez quand on voit que des gens sont malheureusement figés dans la sédentarité, j'utilise des kinés pour justement essayer de leur montrer qu'ils ont des capacités physiques qu'ils ne connaissaient pas. Je n'ai pas de kinés spécifiques qui va me faire un bilan complet, mais c'est plutôt pour moi pour les remettre en mouvement ».

#### **4- Connaissances des définitions**

- **Sport-Santé**

La notion de Sport-santé n'est pas encore intégrée chez tous les participants.

P1 : « Je pense que le sport-santé, ça revient à la même définition qu'une activité physique pour la santé, c'est-à-dire qu'à partir du moment qu'on se bouge. On fait des mouvements, une action musculaire, que ce soit d'endurance, de renforcement musculaire mais qui est raisonnable, régulière, raisonnée pour sa santé. Ben voilà c'est du sport-santé quoi. Le mot sport comme je le conçois c'est regrouper avec santé et non compétition ».

P2 : « C'est l'activité physique régulière ».

P3 : « C'est la même que la dernière fois, oh là. (rires) Une définition du sport-santé qu'est-ce que j'en sais moi ! J'ai pas d'idées ! ».

P7 : « Le sport-santé ? Bonne question ! Disons que le sport-santé est ... ».

- **Sédentarité**

La définition de la sédentarité est connue de tous.

P1 : « C'est le fait de ne pas utiliser sa musculature, de ne pas faire de mouvement donc de rester. Normalement "sedere" c'est être assis. Donc être plutôt en position assise et ne pas utiliser suffisamment sa musculature dans la journée ».

P2 : « C'est ne pas marcher, ne pas faire plus d'une demi-heure de marche par jour, 3 fois par semaine .»

P3: « *Personne qui ne bouge pas de chez elle, reste inactive* ».

P7: « *La sédentarité c'est rester trop longtemps sans bouger, donc assis* ».

- **Activité physique adaptée**

Pour 75% des participants, cette notion est mieux définie après cette intervention.

P1: « *Ce serait une activité qui justement serait une demande en parallèle d'un traitement médicamenteux par exemple* ».

P3: « *Une remise à l'effort et une récupération de conditions physiques* ».

P7: « *Alors l'APA, c'est du moment où les gens dès qu'on parle de sport, il n'aime pas. Moi ce que je veux c'est que vous bougiez et que vous luttiez justement contre votre sédentarité en fonction des capacités physiques que vous avez aussi. Ça s'est évident ! Donc enfin, moi je ne parle jamais de sport, mais je parle simplement de bouger* ».

- **Activité d'activité physique adaptée**

Cette notion reste floue.

P2: « *Moins de 2 séances par semaine d'APA* ».

P3: « *Je ne sais pas* ».

P7: « *C'est le mouvement. C'est leur dire voilà, vous avez des mouvements à faire et la vie c'est le mouvement* ».

## **b- Bénéfices**

Pour la totalité des participants, pratiquer une AP permet d'obtenir plusieurs types de bénéfices à la fois sur le plan physique que sur le plan psychologique.

### **1- Physique**

P2: « *Moral et physique* ».

P3: « *Une reprise de vie active normale* ».

P7: « Pour moi, c'est reprendre possession de son corps, en quelque sorte, ne pas le laisser tomber, en sachant qu'il va contribuer du moment où l'on bouge à améliorer et conserver sa santé ».

## **2- Psychologique**

P1: « Je pense que c'est une façon de retrouver sa vie sociale ou sa vie professionnelle éventuellement. Mais surtout sa place dans la société ».

P2: « Moral et physique ».

P7: « D'une part du mieux-être, du plaisir aussi, pour moi, ça s'est important, parce que sinon ça ne va pas ensemble. S'ils n'ont pas de plaisir à faire quelque chose, ce sera très difficile à mettre en place. Et euh forcément, [...] leur moral aussi. Je pense que c'est important aussi ».

## **c- Théories vs réalité**

### **1- Remboursement**

Un des participants plus âgé s'interroge sur la nécessité d'un remboursement de l'AP, alors qu'il s'agit de quelque chose de naturel.

P7: « Est-ce qu'on doit rembourser ces histoires d'activité physique ? Je pense que c'est tellement, quelque chose que l'on peut faire naturellement. C'est surtout travailler la motivation des gens ».

### **2- Outils connectés**

Un médecin au profil sportif se questionne sur l'utilisation des outils connectés afin de contrôler la pratique d'AP chez ses patients.

P7: « Mais forcément, on ne peut pas les contrôler. Moi, je ne sais pas ce que les gens font ? Alors c'est vrai qu'on utilise parfois des outils connectés et il y a des patients qui me ramènent ce qu'ils ont pu faire en nombre de pas, en mouvements physiques ».

### **3- Impact du COVID**

#### **a- Retentissement sur AP et sédentarité**

- Un kinésithérapeute avoue que l'épidémie de COVID a pour moitié impacté sa pratique, c'est-à-dire que d'un côté, il poursuivait de conseiller ses patients, mais d'un autre côté, il ne pouvait plus les accompagner dans cette pratique.

*P1 : « Je vais dire oui et non. Non, parce que j'ai toujours parlé de l'activité physique avec mes patients. Je les ai toujours gardés en contact et en fait oui, parce qu'il y a eu une interdiction à un moment donné de pouvoir faire nos groupes à l'intérieur et à l'extérieur ».*

- Pendant cette période, un participant a remarqué que ses patients utilisaient cette épidémie de COVID comme une excuse pour ne pas pratiquer une AP.

*P7 : « La période COVID, forcément il y avait cette histoire de confinement qui pouvait bloquer les gens et ils se réfugiaient là-dessus en disant « je ne peux pas bouger, je suis confiné ».*

- Un kinésithérapeute regrette la fermeture des lieux de pratique de l'AP étant responsable d'un manque d'AP chez ses patients.

*P2 : « Le problème, c'est que c'est difficile avec le COVID ; les salles sont fermées, les gens ne peuvent plus faire leur sport ».*

#### **b- Autres modalités de pratique**

##### **1- Détournement d'attestations**

Pendant cette épidémie, un médecin nous a révélé avoir conseillé à ses patients de détourner les attestations de sortie pour pouvoir pratiquer une AP plus longtemps.

*P7 : « Alors, je leur rappelais à chaque fois, qu'ils avaient les possibilités en remplissant cette attestation de pouvoir sortir marcher et faire un petit peu ça. Ensuite d'autres, avaient des jardins à la maison. Lors du premier confinement, ces gens-là sont restés actifs heureusement au niveau du jardinage chez eux, donc forcément, ils étaient pas obligés d'avoir d'attestation à ce moment-là. Pour les autres forcément, qui vivaient en appartement, on leur conseillait d'utiliser les sorties. On leur disait même de tricher un peu, écoutez si vous n'avez pas été contrôlé et que vous allez dans des endroits tranquilles, vous pouvez refaire une deuxième attestation pour sortir un peu plus ».*

## **2- Conseils pour reprise d'AP**

75% ont apporté des conseils à leurs patients concernant la reprise d'une AP après le déconfinement.

*P2 : « De marcher, de sortir dehors, faire du vélo ou chez eux faire du vélo d'appartement. Mais garder une activité ».*

*P3 : « Les patients ne venaient pas, tout simplement. Oui je leur ai donné des conseils pour après le déconfinement sur la reprise de l'activité physique ».*

*P7 : « Non pas spécifiquement , pas de conseils supplémentaires ».*

## **3- Attestations spécifiques : PASS continu**

Pendant cette épidémie, un kinésithérapeute a modifié sa pratique avec ses patients, notamment par l'utilisation d'attestations spécifiques comme le PASS continu permettant à ceux-ci de poursuivre une AP malgré le confinement.

*P1 : « Là on a repris assez rapidement dès qu'on a pu reprendre en Octobre sous couvert d'une attestation spécifique qui nous permettait avec l'attestation ALD, d'avoir des petits groupes de 6 à l'intérieur et à l'extérieur. Donc dès le mois d'octobre ça a été mis en place tout de suite avec la prescription médicale PASS continu. En fait, c'est une prescription spécifique où il est noté que le médecin donne son accord pour que la patiente quelque soit la situation sanitaire dans le cadre de sa pathologie puisse faire une activité physique en continu. Moi, j'ai des patientes qui vont à la piscine et la piscine n'est ouverte que pour elles. Donc il faut présenter cette attestation de prescription médicale spécifique et l'attestation 100% ».*

## DISCUSSION

### **I) Forces et limites de l'étude**

#### **A) Les forces de l'étude**

Cette étude a été menée pour évaluer l'impact d'une intervention sur les pratiques professionnelles des MG et kinés. La méthode qualitative a été retenue car elle possédait plusieurs avantages notamment par la réalisation d'entretiens semi-dirigés individuels d'obtenir des informations plus détaillées.

En utilisant une méthode appropriée à notre recherche, notre étude tend à respecter les critères de validité. Chaque participant a été informé avant le recueil des données. Le fait d'avoir un seul enquêteur-chercheur a été un plus pour notre étude. Après la collecte des données, une triangulation a pu étayer les résultats. De plus, le fait de ne pas informer les participants avant le premier entretien de la réalisation d'une intervention par la suite a permis de limiter les biais.

Un biais de présentation a pu être évité par la reprise de certaines mêmes questions lors des entretiens.

#### **B) Les faiblesses de l'étude**

L'échantillon n'est pas forcément représentatif de la population des MG et des kinés. Un ratio hommes/femmes de 50% n'a pu être respecté.

Le profil sportif des participants a pu influencer les réponses données. Ceux-ci donnant des réponses subjectives a pu provoquer un biais de classement. Un biais de volontariat a pu s'y associer liés aux caractéristiques des personnes volontaires à participer à une étude différent des personnes qui n'y participent pas.

Malheureusement, en raison de l'épidémie COVID, 3 des sept participants de l'étude n'ont pu participer au second entretien réalisant un biais de perdu de vue.

Le recrutement par mail a pu entraîné un biais de sélection car seuls les médecins intéressés par le sujet ont pu répondre au mail.

Le fait que l'intervention par l'attaché d'information n'a pas été effectué au même moment pour tous les participants, a pu également conduire à une réduction du temps d'explication et de mise en pratique par l'attaché ce qui aurait pu conduire à un biais de mesure.

Un biais d'investigation pourrait être présent en raison des participants qui ne puissent se livrer

complètement du fait d'un jugement.

De plus, la présence du chercheur ainsi que sa subjectivité a pu influencer le déroulement de l'entretien. L'abord de certaines thématiques a pu créer la cassure ou la dynamique de l'échange avec le répondant.

Un biais de compréhension pourrait également se présenter dans les réponses des participants notamment si les termes employés étaient mal définis.

## **II) Résultats principaux**

### **A) Reflet des représentations et pratiques professionnelles avant intervention**

A travers les réponses des participants, nous avons pu mettre en évidence de grands thèmes. Cependant, une triade a retenu notre attention : Santé, Social et Physique.

#### **1- Notion de santé**

Pour la plupart des professionnels de santé interrogés, on retrouve la notion de santé associée à l'activité physique.

Tout d'abord, le professionnel de santé a un rôle de prévention auprès de ses patients puisqu'ils visent à améliorer la santé et limiter les risques.

En effet, une étude française menée en 2016 révèle que les médecins généralistes sont les mieux placés pour promouvoir l'activité physique. Cependant, elle conclut qu'il est difficile d'intégrer les soins préventifs liés à l'activité physique dans la pratique de la médecine générale.(30)

Secondairement, leur objectif est de rendre le patient acteur de sa santé. C'est-à-dire que les professionnels de santé accompagnent le patient tout au long du processus, en étant plus présents au début, puis progressivement le lâche pour qu'à la fin le patient soit autonome.

Ensuite, pour certains, il s'agit d'une remise à l'effort progressive par des moyens adaptés à la personne dont le but principal est la réautonomisation et la réadaptation du patient à sa vie quotidienne.

#### **2- Une part Sociale**

Lors de notre recherche, on se rend compte de la dimension humaine que peut représenter l'activité physique et la sédentarité : la place prédominante du contact social dans les relations que ce soit entre les professionnels de santé, ou un professionnel de santé et son patient ou deux participants à une activité physique.

Nous avons pu observer un paradoxe qui nous semblait important à souligner. L'un des professionnels de santé nous a expliqué l'importance de pratiquer une activité physique en groupe. Il le recommandait très fortement à ses patients tandis que celui-ci avait une pratique sportive individuelle qui contrastait avec son discours auprès de ses patients.

### 3- Une partie Physique

Pour la majorité d'entre eux, l'activité physique représente une action, un mouvement permettant d'agir et lutter contre les méfaits de la sédentarité. En général, les grands concepts et définitions sont connus des professionnels de santé. Tous reconnaissent les vertus et bénéfices de l'activité physique à la fois sur le plan physique et psychique. Cependant, de nombreux freins existent limitant la mise en pratique des conseils donnés par ces derniers.

### **B) Impact de l'intervention sur les pratiques professionnelles**

Après le passage de l'attaché d'information, nous avons pu observé deux situations chez les professionnels de santé.

Premièrement, les professionnels de santé déjà très actifs dans ce domaine n'ont pas modifié leurs pratiques. En effet, ils utilisaient déjà de nombreux moyens tels que la prescription médicale, les conseils, des programmes d'exercices ou des partenariats avec des cliniques pour faire pratiquer une activité physique à leurs patients. De plus, la population cible n'avait pas changé.

Deuxièmement, chez d'autres professionnels de santé, cette intervention a pu être le déclencheur d'une nouvelle réflexion sur leurs pratiques. Pour certains, elle a pu induire plus d'échanges, de discussion entre le professionnel de santé et le patient. Elle a pu également apporté un carnet d'adresse. Elle a pu aussi apporté une méthode de travail notamment par l'explication de certains outils notamment le médicosport-santé.

Lors de l'intervention de l'attaché d'information, celui-ci présentait de nombreux outils tels que des questionnaires par exemple le questionnaire QAAP+, le médicosport-santé, le dispositif « Bouge avec moi ». Nous avons pu nous rendre compte que beaucoup avaient oublié ces outils malgré un rappel indicé.

En revanche, la totalité des professionnels de santé ont apprécié cette information, mais qui selon eux reste insuffisante en raison du temps accordé à cette intervention. Une formation pourrait s'avérer judicieuse afin de pouvoir échanger sur les différentes pratiques de chacun.

De plus, on note que tous ces professionnels seraient favorables à une plus grande coopération entre les MG et les kinés.

Ainsi, les résultats témoignent que si les professionnels de santé pratiquent une AP, ils ont tendance pour 71% d'entre eux à proposer plus facilement de l'AP à leur patient. (Figure 5a) Et que le fait d'ajouter une intervention par un attaché d'information provoque une augmentation de prescription d'AP de 17% significative.(Figure 5b)

A noter qu'avant l'intervention, les pratiques professionnelles avec prescription d'AP sur les sept professionnels de santé sont estimées à environ 57%.

Alors que suite à l'intervention, on remarque un bénéfice positif pour la moitié des professionnels ayant reçu l'intervention en particulier chez ceux qui avaient une activité faible ou modérée de leur pratique par prescription médicale par utilisation des outils apportés.

Par conséquent, le passage d'attaché d'information influence la prescription d'AP.

Avant intervention :

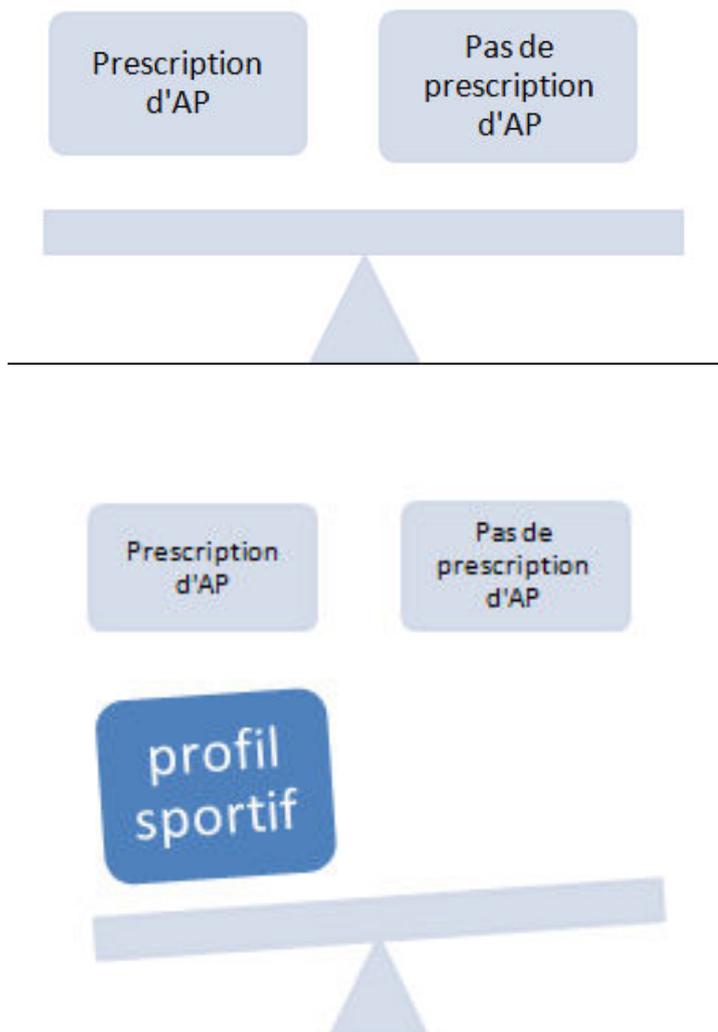


Figure 5a : Prescription d'AP en fonction du profil sportif des professionnels de santé avant intervention

Après intervention :

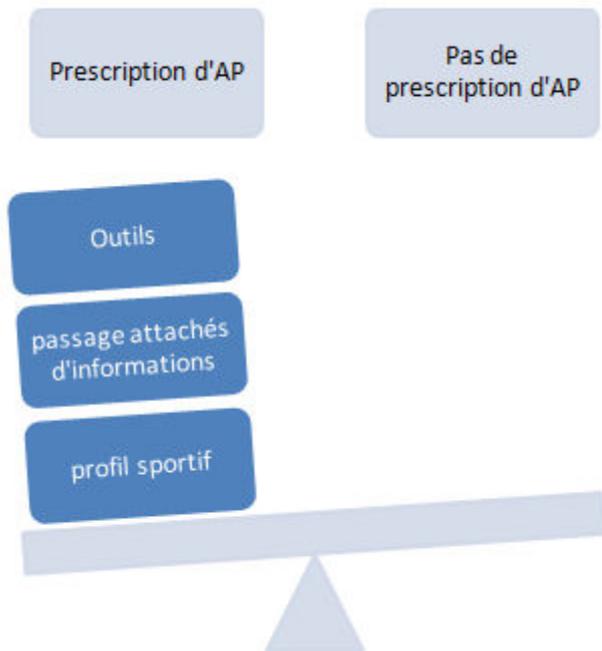


Figure 5b : Prescription d'AP en fonction du profil sportif des professionnels de santé, du passage d'attachés d'information et des outils apportés après intervention

**C) Impact du COVID sur les pratiques professionnelles concernant l'AP**

Dans cette étude, nous avons été confronté à l'épidémie du COVID-19. Celle-ci ayant eu une incidence sur les pratiques professionnelles des MG et kinésithérapeutes ainsi que sur la pratique sportive des patients.

En effet, nous avons appris lors de cette étude la mise en place d'un PASS continu ayant pour but de pouvoir permettre à certains patients grâce à une attestation spécifique de pouvoir continuer à pratiquer une activité physique malgré le confinement. Celui-ci faisait l'objet d'une méconnaissance chez certains professionnels de santé. Dans la bibliographie, nous ne retrouvons aucune donnée sur le PASS continu.

Ensuite, cette épidémie a engendré une baisse de la pratique d'AP chez les patients. Ces derniers ont pris comme excuse l'épidémie pour ne pas faire d'activité physique. Ce phénomène n'est pas passé inaperçu chez les professionnels de santé. Pour éradiquer ce phénomène, ils ont du changer leurs pratiques professionnelles en conseillant à leurs patients de détourner leurs attestations de sortie pendant le confinement pour pouvoir augmenter leur temps de pratique.

Pour terminer, ceux-ci ont également jouer un rôle de conseil dans la reprise d'AP lors du déconfinement.

#### **D) Les perspectives de l'étude**

Cette étude a pu mettre en exergue plusieurs facettes des représentations et pratiques professionnelles des MG et des kinésithérapeutes concernant l'AP et la sédentarité.

En effet, celle-ci pourrait permettre la mise en place d'une formation chez tous les professionnels de santé ou la création de nouveaux outils avec des fiches HAS.

De plus, la question de poursuivre les passages d'attaché d'information se soulève. De nouvelles pistes pourraient être envisagées afin d'améliorer les supports et la qualité de l'information donnée, notamment en apportant un carnet d'adresse plus vaste ou en augmentant la durée d'intervention par exemple.

On pourrait également entrevoir une plus grande coopération entre les MG et les kinés afin de les organiser dans un parcours de santé commun.

L'utilisation d'objets connectés nous interroge quant à la surveillance de la pratique d'AP chez les patients.

Une autre question pourrait être soulevée concernant le remboursement de cette AP.

## CONCLUSION

Dans le but de promouvoir l'activité physique dans la population générale, la HAS a mis en place de nombreux outils à disposition des médecins généralistes et des kinésithérapeutes afin de faciliter leurs pratiques. Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à leurs représentations et pratiques professionnelles concernant l'activité physique et la sédentarité avant et après une intervention concernant ce sujet.

Les professionnels de santé interrogés sont tous conscients des bénéfices de l'activité physique et de l'importance de leur rôle auprès des patients. En effet, il en ressort que le conseil d'activité physique est prépondérante dans leur pratique afin de lutter contre la sédentarité, d'augmenter l'activité physique dans la vie quotidienne et de pratiquer une activité et/ou sportive en lien avec ses aptitudes. Le conseil vise donc à une pratique raisonnée, régulière et raisonnable.

De plus, après l'intervention, les professionnels de santé déjà très actifs dans ce domaine n'ont pas modifié leurs pratiques en utilisant les nombreux outils. En revanche, chez d'autres professionnels de santé, cette intervention a pu être le déclencheur d'une nouvelle réflexion sur leurs pratiques.

En effet, un professionnel de santé pratiquant une AP implique une plus grande prescription d'AP. Si on y ajoute, le passage d'attachés d'information, cette pratique d'AP est encore augmentée.

Ainsi, le passage de l'attaché d'information influence la prescription d'AP. Il paraît être intéressant et pourrait être amélioré en adaptant les supports et les carnets d'adresses.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010
2. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2004.
3. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 déc 30, 2016.
4. Activités physiques et sportives : un guide pour faciliter la prescription médicale . Haute Autorité de Santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2878690/fr/activites-physiques-et-sportives-un-guide-pour-faciliter-la-prescription-medicale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2878690/fr/activites-physiques-et-sportives-un-guide-pour-faciliter-la-prescription-medicale)
5. Note méthodologique et synthèse bibliographique -Activité physique et sportive pour la santé promotion, consultation et prescription chez les adultes. Haute Autorité de Santé septembre 2018 N° ISBN 978-2-11-152348-7
6. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé - chez les adultes. Haute Autorité de Santé juillet 2019 – N° ISBN 978-2-11-152347-0
7. DICOM Anne. Activité physique et santé .Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 Disponible sur :<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>
8. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. [https://www.hassante.fr/portail/jcms/c\\_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-nonmedicamenteuses-validees](https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-nonmedicamenteuses-validees)
9. Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care 1997;20(4): 537-44

10. Escalon Hélène, Bossard Claire, Beck François, Bachelot-narquin Roselyne. Baromètre santé nutrition 2008. Baromètres santé. 2009
11. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2014-2016) - Volet Nutrition. Chapitre activité physique et sédentarité Saint-Maurice: Santé Publique France; 2017.<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publicationset-outils/Rapports-et-syntheses/Environnementet-sante/2017/Etude-de-sante-sur-lenvironnement-la-biosurveillance-l-activitephysique-et-la-nutrition-Esteban-2014-2016- Chapitre-Activite-physique-et-sedentarite>
12. OMS | Activité physique pour les adultes .WHO. 2019. Disponible sur: [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_adults/fr/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/fr/)
13. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction générale de la santé. Programme National Nutrition-Santé PNNS 2001 – 2005. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité; 2001. <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>
14. Ministère de la santé et des solidarités. Deuxième Programme national nutrition santé – 2006-2010 – Actions et mesures. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006. <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf>
15. Ministère de l'emploi du travail et de la santé. Programme national nutrition santé 2011-2015. Paris: Ministère de l'emploi du travail et de la santé; 2011. [http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS\\_2011-2015.pdf](http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf)
16. Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, Ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies. Plan cancer 2003 - 2007. Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer. Paris: DGS; 2003. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé - chez les adultes 106/ <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Planscancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
17. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan cancer 2009-2013. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2009. <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Planscancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
18. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur et de la

- recherche. Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers: donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014. <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plancancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
19. . Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Plan obésité 2010-2013. Paris: Ministère du travail de l'emploi et de la santé; 2010. [http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Obesite\\_2010\\_2013.pdf](http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf)
  20. Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative. Plan 2007 - 2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Paris: Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative; 2007. [http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007\\_2011.pdf](http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf)
  21. Le Bilan kiné - Prise en charge d'un patient en ALD [Internet]. URPS MK HDF. 2019 Disponible sur: <http://www.urps-mk-hdf.fr/bilan-kine-prise-charge-dun-patient-ald-3/>
  22. Activités physiques et sportives : un guide pour faciliter la prescription médicale. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2878690/fr/activites-physiques-et-sportives-un-guide-pour-faciliter-la-prescription-medicale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2878690/fr/activites-physiques-et-sportives-un-guide-pour-faciliter-la-prescription-medicale)
  23. Système de santé. Le quotidien du médecin hebdo. 9883. 22 Janvier 2021.
  24. Reprinted with permission from the PAR-Q+ Collaboration (www.eparmedx.com) and the authors of the Q-AAP+ and PAR-Q+ (Dr. Darren Warburton, Dr. Norman Gledhill, Dr. Veronica Jamnik, Dr. Roy Shephard, and Dr. Shannon Bredin) www.eparmedx.com
  25. Commission médicale du Comité national olympique et sportif français, Société française de médecine de l'exercice et du sport. Médico-Sport santé. Dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. Paris: CNOSF; 2017.
  26. Bouge avec moi [Internet]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/bouge-avec-moi>
  27. Le Sport sur Ordonnance. Ministère des solidarités et de la santé
  28. Marshall AL, Miller YD, Burton NW, Brown WJ. Measuring total and domain-specific sitting: a study of reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 2010;42(6):1094-102.
  29. Ricci et Gagnon, université de Montréal, modifié par Laureyns et Séné. Novembre 2016
  30. Bloy G, Moussard Philippon L, Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité

Charlotte COQUELLE

physique : des évidences aux contingences de la consultation [General Practitioners and Physical Activity Counselling: from Evidence to Practice Contingencies]. Sante Publique. 2016 Jun 8;28 Suppl 1:S153-161. French. PMID: 28155786.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Guide d'entretien 1

1) - Quelles sont vos pratiques professionnelles concernant l'activité physique par rapport à votre métier ?

- Comment l'intégrez-vous dans votre patientèle ?

2) - Pour vous, qu'est-ce que le «Sport-Santé» ?

- Définir les termes suivants :

- Qu'est-ce que la sédentarité ?

- Qu'est-ce que la prescription d'activité physique adaptée (APA) ?

- Qu'est-ce que l'activité d'activité physique adaptée ?

3) - Qu'est-ce que vous pensez du sport ?

- Est-ce que vous pratiquez une activité physique, un sport ? Quelle est votre pratique personnelle et familiale ?

- Qu'est-ce que vous pensez du sport par rapport à vos patients ?

## **Annexe 2 : Guide d'entretien 2**

1. -Depuis le passage des attachés d'information, vos pratiques professionnelles concernant l'activité physique ont-elles changées/ ou été modifiées ?
2. -Pour vous, qu'est-ce que le « Sport-santé » ?

-Définir les termes suivants :

- Qu'est-ce que la sédentarité ?

- Qu'est-ce que la prescription d'activité physique adapté (APA) ?

- Qu'est-ce que l'activité d'activité physique adaptée ?

3. Que pensez-vous du rôle du MT lors de la prescription d'AP ou kiné dans le Sport-Santé ?

Quelles bénéfices en attendez-vous chez vos patients ?

4. Depuis cette formation, qu'est-ce que celle-ci vous a apportée (aidé) ? Qu'est-ce qui vous a permis de faciliter votre prescription ?

(Les outils est-ce que ça vous a aidés?)

5. Collaborez-vous avec un médecin ou un kiné pour l'APA afin d'effectuer le bilan fonctionnel ? Si non, l'envisagez-vous ?
6. La période COVID a-t-elle modifiée votre pratique professionnelle concernant l'AP ?
7. Avez-vous encore des interrogations ou des points non expliqués par l'attaché qui seraient présents ?
8. Pensez- vous qu'une formation serait nécessaire ?

**AUTEUR :** COQUELLE Charlotte

**Date de soutenance :** 28 Septembre 2021

**Titre de la thèse :** L'activité physique et la sédentarité selon les médecins généralistes et les kinésithérapeutes. Exploration par entretiens semi-dirigés d'une évolution des représentations suite à une intervention des attachés d'information de l'URPS.

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement :** Médecine Générale

**DES + spécialité :** DES de Médecine Générale

**Mots-clés :** Activité physique, Représentation, Impact, Professionnels de santé, Sédentarité, Pratiques professionnelles

### **Résumé**

**Contexte :** Depuis le décret n°2016-1990 du 30 Décembre 2016 autorisant les médecins généralistes à prescrire l'activité physique adaptée chez des patients atteints d'une affection de longue durée, cette notion d'AP est d'autant plus présente dans les cabinets médicaux des professionnels de santé. Les MG et les kinésithérapeutes étant au plus proche des patients ont un rôle indispensable à jouer dans ce domaine.

Nous ne connaissons ou très peu les représentations et les pratiques professionnelles des MG et des Kinésithérapeutes en matière d'AP et de sédentarité sachant qu'il n'existe pas de véritables formations sur le sujet.

**Objectif :** Mettre en évidence une influence d'une intervention URPS sur les représentations et les pratiques professionnelles des médecins généralistes et des kinésithérapeutes sur l'activité physique et la sédentarité des patients.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes de la ville de Douai avant et après le passage d'un attaché d'information.

**Résultats :** Les professionnels de santé interrogés sont tous conscients des bénéfices de l'activité physique et de l'importance de leur rôle auprès des patients. De plus, après l'intervention, les professionnels de santé déjà très actifs dans ce domaine n'ont pas modifié leurs pratiques en utilisant les nombreux outils. En revanche, chez d'autres professionnels de santé, cette intervention a pu être le déclencheur d'une nouvelle réflexion sur leurs pratiques. Nous avons pu nous rendre compte que beaucoup avaient oublié ces outils malgré un rappel indicé. Un professionnel de santé pratiquant une AP implique une plus grande prescription d'AP. Si on y ajoute, le passage d'attachés d'information, cette pratique d'AP est encore plus augmentée.

**Conclusion :** En effet, il en ressort que le conseil d'activité physique est prépondérante dans leur pratique. Le conseil vise donc à une pratique raisonnée, régulière et raisonnable.

Ainsi, le passage de l'attaché d'information influence la prescription d'AP chez les MG et les kinésithérapeutes. Il paraît être intéressant et pourrait être amélioré en adaptant les supports et les carnets d'adresses.

### **Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur André THEVENON

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Marc BAYEN

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Vincent COUVREUR