



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La pratique de l'activité physique à but de santé en population générale :
freins, leviers, et attentes des médecins généralistes des Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 25 mai 2023 à 18h

au Pôle Recherche

par **Arthur CREPIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Julien Girard

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan Baran

Monsieur le Docteur Mustapha Khezami

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Patrick Bacquaert

Avertissement :

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

Cette étude a été réalisée dans le cadre du label observatoire médical du sport santé dans les Hauts-de-France par l'IRBMS.



SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

Résumé :

Contexte : La sédentarité est un problème de santé publique majeur lié aux modes de vie dans nos sociétés. Cela entraîne des conséquences médico-socio-économiques importantes, et qui sont maintenant bien connues. En revanche peu de travaux s'intéressent aux raisons de ce manque d'activité physique, les problèmes rencontrés sur le terrain, et les solutions proposées par les acteurs de première ligne. L'objectif de cette étude est donc de relever les freins, leviers et attentes des médecins généralistes concernant la pratique d'activité physique de leurs patients.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative. Les participants à l'étude devaient être titulaires d'un diplôme de médecine générale et exercer en cabinet libéral dans les Hauts-de-France. Le recueil de données a été réalisé par entretiens semi-dirigés.

Résultats : On retrouve de nombreux freins à la pratique d'activité physique dont les plus fréquents concernent la motivation du patient, le temps et l'aspect financier. Du côté du médecin, les problématiques sont plutôt d'ordre administratives avec les certificats médicaux, et relatives aux critères d'éligibilité du patient pour un dispositif donné, ainsi que son orientation. Pour pallier à ce problème, les médecins interrogés tentent d'adapter le tissu local et ont des attentes vis-à-vis des associations locales et des collectivités territoriales. Ils révèlent également l'importance d'adapter les messages motivationnels au profil du patient, et la nécessité d'un Plan Régional Sport Santé clair pour la suite de la prise en charge.

Conclusion : Il existe de nombreux freins à l'activité physique, qu'ils soient réels ou potentiels. Cela entraîne une nécessaire adaptabilité des solutions proposées par le médecin généraliste à son patient, parfois lui-même en attente de solutions pérennes de la part des différentes instances en charge sur le territoire.

Financement, conflits d'intérêts :

La construction de ce travail de thèse n'a pas nécessité de financement particulier. L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

Liste des abréviations :

ALD : affection longue durée

ANSES : agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail

AP : activité physique

APA : activité physique adaptée

ARS : agence régionale de santé

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

DES : diplôme d'étude spécialisé

DGS : direction générale de la santé

ETP : éducation thérapeutique du patient

FDR : facteur de risque

FMC : formation médicale continue

HAS : haute autorité de santé

HDF : Hauts-de-France

IPA : infirmier en pratique avancée

IRBMS : institut de recherche du bien-être, de la médecine et du sport santé

MET : Metabolic Equivalent of Task (= énergie dépensée en étant assis et au repos)

MG : médecin généraliste

MSP : maison de santé pluridisciplinaire

MSS : maison sport santé

MT : médecin traitant

OMS : organisation mondiale de la santé

ONAPS : observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité

PEC : prise en charge

PNAPS : plan national de prévention par l'activité physique et sportive

PNNS : plan national nutrition santé

PRSS : plan régional sport santé

RHD : règles hygiéno-diététiques

Table des matières

Résumé :	4
Liste des abréviations :	5
I- Introduction	9
1) Epidémiologie	9
2) Définitions	9
3) Recommandations actuelles	10
4) Conséquences de la sédentarité sur les maladies chroniques	11
5) Apport de l'activité physique	11
6) Entre théorie et pratique : un enjeu de santé publique	13
7) Le rôle du médecin traitant	13
8) Objectifs de l'étude	14
II- Méthode	14
1) Type d'étude	14
2) Population	15
3) Recueil des données	15
4) Analyse des données	16
5) Aspects éthiques et réglementaires	16
III- Résultats	17
1) Population étudiée	17
2) Caractéristiques des entretiens	17
3) Freins réels ou ressentis à la pratique de l'AP	18
a) Frein motivationnel	18
b) Impact du covid	18
c) Manque de temps	19
d) Connaissances des MG	20
e) Frein financier	20
f) Les dérives et abus en pratique courante	21
g) Limites liées aux critères d'éligibilité des plans APA	21
h) Contraintes administratives et sanitaires	22
i) Contrainte organisationnelle	22
j) Transports et proximité des lieux de pratique	23
k) Etat de santé / Comorbidités du patient	23
l) Poids de la demande réelle ou potentielle	24
m) Modification des habitudes de vie	24
n) Manque d'intervenants sur le terrain	24

2) Leviers proposés par les MG	25
a) Accessibilité à la pratique	25
b) Adapter au patient	25
c) Aides financières.....	26
d) Formation des professionnels de santé et des patients	27
e) Savoir informer et orienter	27
f) Lutter contre les idées reçues.....	29
g) Modifications des habitudes de vie : RHD, perte de poids.....	29
h) Renforcer l'entretien motivationnel	29
i) Normaliser, éduquer à la pratique au quotidien	31
j) S'organiser.....	31
k) Prescrire l'AP.....	32
3) Prévention par l'AP	33
a) Dépistage	33
b) Informer et accompagner	33
c) Modifier les pratiques	33
4) Promotion de l'AP	34
a) Au cabinet	34
b) En consultation.....	34
c) Hors du cabinet.....	35
d) Limites, absence d'outils, méconnaissance	36
e) Programmes d'APA.....	36
f) Rôles et qualifications des différents intervenants	37
5) Suivi de l'AP	38
a) Objectifs	38
b) Comment faire le suivi et évaluer l'efficacité ?	38
c) Sur quels critères ?.....	39
d) Réévaluer et savoir réorienter	41
e) Les autres intervenants	42
f) Comment pérenniser la pratique dans le temps ?.....	43
g) Limites rencontrées	43
6) Les attentes des différents acteurs de terrain	44
a) Les attentes du MG	44
b) Les attentes des patients.....	45
c) Les attentes vis-à-vis du tissu local, du tissu associatif, et des collectivités territoriales	46

7) Vers quelle évolution ?	47
a) Vers un nouveau modèle sport-santé.....	47
b) Objets connectés, applications et réseaux sociaux	50
c) Vers quelle évolution du rôle du MG ?	52
IV- Discussion	54
1) Résultats principaux	54
a) Modèle explicatif	54
b) Freins.....	54
c) Leviers	55
d) Attentes	55
2) Forces et faiblesses de l'étude	56
a) Forces de l'étude	56
b) Faiblesses de l'étude	56
3) Les données de la littérature	57
Conclusion :	59
Liste des références :	60
Annexes :	62

I- Introduction

1) Epidémiologie

Un nombre à retenir : 95. C'est le pourcentage de la population française considérée comme sédentaire selon un rapport de l'ANSES (1) publié le 15 février 2022 qui alerte sur les conséquences d'un manque d'activité physique (AP), voire d'un excès de sédentarité. Selon ce rapport, cela expose la population « à un risque de détérioration de la santé par manque d'activité physique ou d'un temps trop long passé assis ».

Pour arriver à cette conclusion, l'ANSES s'est autosaisie afin d'analyser les recueils de données de 2016 et 2017 concernant l'AP des 18-64 ans. Les résultats suggèrent un manque d'AP chez 70% des femmes et 42% des hommes. On note une sédentarité > 8h/jour chez 38% de ces adultes. Au total, ce n'est pas moins d'1/3 des adultes de 18 à 64 ans qui cumulent activité physique insuffisante et sédentarité élevée.

2) Définitions

Pour mieux comprendre cette nuance, il faut en préciser les définitions. L'OMS définit **l'activité physique** comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie ».

La HAS, dans un guide publié en 2022 (2), précise cette définition et les autres entités qui en découlent :

→ L'**AP** est définie comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de base ». Elle comprend : les AP de la vie quotidienne, les exercices physiques et les activités sportives.

Elle se différencie du **sport** (ou activité sportive) dans le sens où le sport inclut un objectif de performance et répond à des règles communes à respecter.

On parle d'**activité physique adaptée** (APA) lorsque l'AP est adaptée aux pathologies, aux capacités fonctionnelles et aux limites d'activités du patient (3). (Article D.1171-1 du CSP)

→ La **sédentarité** est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 MET en position assise ou allongée.

Elle se différencie de l'**inactivité physique** qui se caractérise par un niveau insuffisant d'AP d'endurance d'intensité modérée ou élevée selon les recommandations fixées par l'OMS.

Niveaux d'intensité d'exercice requis selon l'activité : (à titre indicatif)

Activité sédentaire (<1,6 MET)	Activité de faible intensité (1,6 à 3 MET)	Activité d'intensité modérée (3 à 6 MET)	Activité d'intensité élevée (6 à 9 MET)	Activité d'intensité très élevée (> 9 MET)
Activités de loisir (incluant activité sportive)				
Regarder la TV Ecrire Dessiner	Peindre Jouer assis Marcher	Natation de loisir Pêche Tennis	Danser Cyclisme	Cyclisme en montagne Arts martiaux Alpinisme
Activités domestiques				
Tricoter Coudre	Cuisiner Ranger	Nettoyer Passer l'aspirateur Jardiner	Faire des travaux Pelleter de la neige	Porter >20kg en montant des escaliers
Déplacements				
En voiture En bus	En trottinette électrique Marcher lentement	Monter des escaliers lentement Marcher rapidement	Monter des escaliers rapidement	-

Exemples d'après le site Ameli.fr

3) Recommandations actuelles

La fréquence et l'intensité qui définissent l'activité physique recommandée varient selon l'âge et les éventuelles comorbidités. Les recommandations OMS actuelles concernant les 18-64 ans sont (4) :

- 30 minutes d'activité cardiovasculaire, 5 fois par semaine
- Renforcement musculaire 1 à 2 fois par semaine
- Exercices d'assouplissement 2 à 3 fois par semaine

(L'ensemble des recommandations d'activités physiques selon l'âge et les comorbidités ne seront pas détaillées dans cette partie, mais sont à retrouver en annexe 1)

4) Conséquences de la sédentarité sur les maladies chroniques

Les conséquences de la sédentarité sont nombreuses et scientifiquement démontrées. Elles touchent à tous les aspects de la santé dans sa définition la plus globale (« un état de complet bien-être physique, mental et social » d'après l'OMS). On retrouve ainsi :

- Une augmentation de la morbi-mortalité (4^{ème} FDR non transmissible, qui représente 3 millions de morts évitables) (5)
- Une augmentation du risque de maladies chroniques cardio-métaboliques non transmissibles : 6% des maladies coronariennes, 7% des diabètes de type 2, 10% des cancers du sein, 10% des cancers du côlon (6)
- Une augmentation des problèmes de santé mentale, notamment les syndromes anxiodépressifs
- Une augmentation de l'isolement social et parfois familial
- Une augmentation des dépenses de santé, avec un coût annuel de la sédentarité estimé à 10 milliards d'euros (7)

En 2020, avec la 1^{ère} vague de l'épidémie de covid 19 et le 1^{er} confinement en France, on a pu observer une modification des habitudes de vie avec une augmentation de la sédentarité, et les conséquences de la maladie dont certains patients subissent encore les effets : fibrose pulmonaire avec retentissement sur les capacités respiratoires, maladies inflammatoires cardiovasculaires (myocardite, vascularite), perte de force musculaire.

Une étude de 2021 parue dans le British Journal of Sports Medicine (8) a également montré qu'il existait un lien entre l'inactivité physique et le risque de forme sévère de covid 19, avec une augmentation du risque d'hospitalisation (OR=2.26), d'admission en soins intensifs (OR=1.73) et de décès (OR=2.49), en comparaison aux personnes atteintes de la covid mais respectant les recommandations OMS d'activité physique.

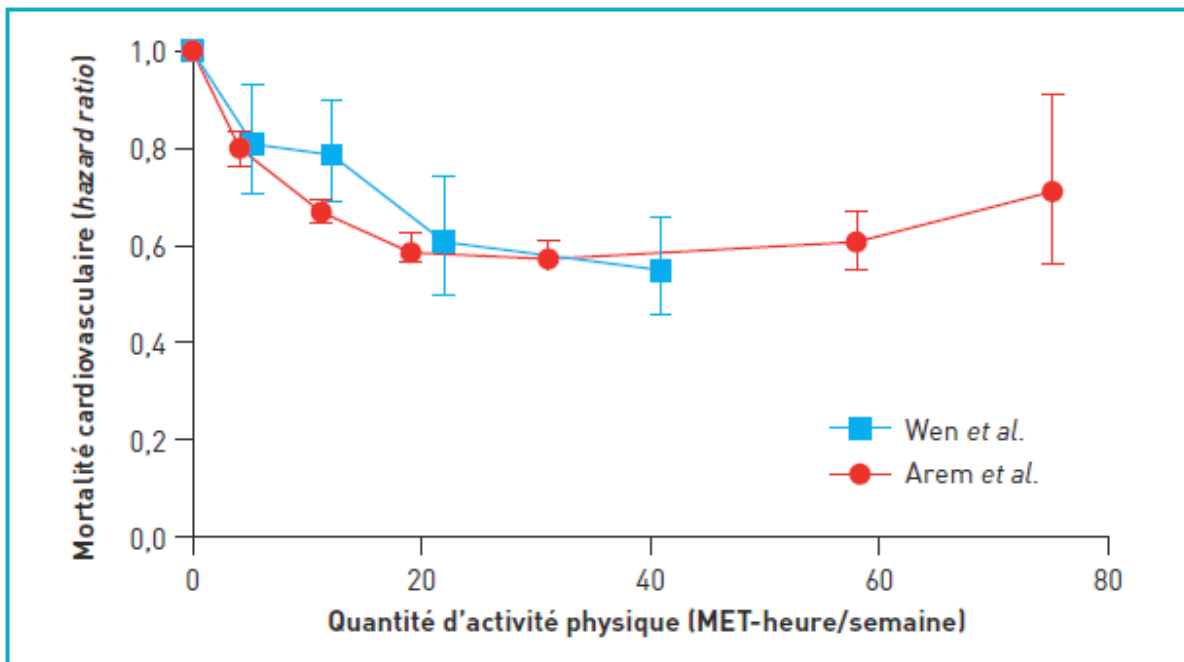
5) Apport de l'activité physique

Les bénéfices attendus de l'AP sont maintenant bien connus et validés par la communauté scientifique (9). On retrouve de nombreux effets notamment : (*Annexe 2*)

- La diminution du risque de morbi-mortalité
- La diminution du risque de pathologies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) et métaboliques (diabète)

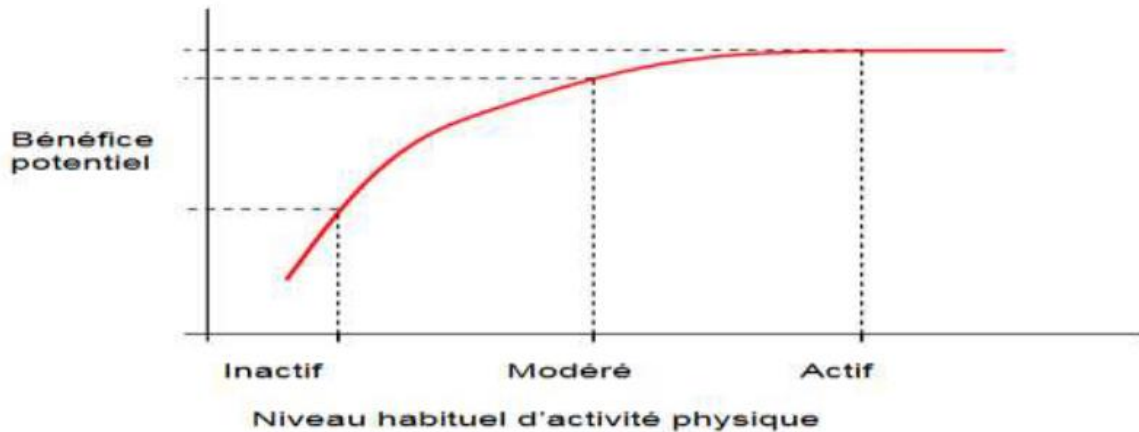
- La diminution de l'incidence des cancers (sein, colon, endomètre, œsophage, poumon, vessie, rein)
- L'amélioration des fonctions cognitives, de la qualité de vie et de la qualité du sommeil
- La réduction du risque d'anxiété, de dépression et de démence
- La prévention et réduction de la prise de poids
- La limitation de la perte de masse musculaire

On retrouve un effet protecteur global, sur le plan physique comme psychique, que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Selon Wen, le bénéfice maximal en termes de prévention cardiovasculaire se situe à une valeur de 41 MET-heure / semaine. Au-delà de cette valeur, l'étude d'Arem semble montrer que le risque de blessure surpasse les effets bénéfiques attendus de la pratique d'AP.



Source : www.lamedecinedusport.com

Tous ces effets sont potentialisés avec l'augmentation de l'intensité de l'AP, comme le montre la revue de la littérature (10). On retrouve un effet dose-réponse non linéaire selon le schéma suivant :



Source : Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité (HAS)

6) Entre théorie et pratique : un enjeu de santé publique

On constate aujourd'hui un système à deux vitesses entre le fleurissement des labels 'Sport Santé' sur le territoire, qui contraste avec des difficultés croissantes à promouvoir la pratique de l'AP, y compris APA comme le montrait le travail de thèse du Dr Rucar (11).

On retrouve différents programmes santé initiés par les pouvoirs publics en France, comme par exemple : le sport-santé sur ordonnance à Strasbourg, le réseau sport-santé effORMip en Midi Pyrénées, le Parcours sport-santé en Champagne Ardenne, le sport-santé bien être en Rhône Alpes, le réseau sport-santé en Hauts-de-France, le plan Picardie en forme, ou encore « Bouger sur prescription » à Chambéry.

Malgré ces efforts, le rapport de l'ANSES cité plus haut alerte sur la sédentarité : « la réduction de ces expositions doit constituer sans délai, et dans la durée, une priorité de santé publique ».

7) Le rôle du médecin traitant

Le médecin traitant a un rôle central dans cette problématique car il est l'acteur de premier recours en soins primaires. Il sera sollicité par les patients de par sa relation privilégiée et ses consultations de suivi, qui seront autant d'occasion de promouvoir l'AP et de déconstruire des idées reçues. Les travaux ont montré que la parole du médecin traitant dans ce qu'elle apporte comme informations sur la santé est un vecteur privilégié de confiance pour les patients (12).

Devant l'ampleur de la tâche et en tant que pivot central d'un travail pluridisciplinaire dans un maillage territorial parfois mal connu, plusieurs questions émergent : Quelles sont les difficultés rencontrées par les MG ? Comment font-ils dans la pratique ? Sur quels intervenants ou structures peuvent-ils s'appuyer ? Quelles sont leurs attentes sur leur territoire d'exercice ? Et comment cela peut-il s'inclure dans l'évolution du métier de MG et les futurs plans santé ?

On connaît maintenant les conséquences de la sédentarité. En revanche, peu de travaux s'appliquent à faire émerger du terrain les problématiques rencontrées et les solutions proposées. Ce travail se veut exposer des pistes de réflexion.

8) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'examiner les difficultés de terrain rencontrées par les médecins généralistes des Hauts-de-France pour remettre les patients en activité physique, et les leviers proposés pour lutter contre la sédentarité.

Les objectifs secondaires sont de faire émerger les attentes des personnes sur le terrain vis-à-vis des pouvoirs publics afin de lutter contre la sédentarité, de proposer des clés pour promouvoir l'AP au cabinet et au-delà, et d'établir des pistes de réflexion quant à l'évolution du rôle du médecin traitant et des nouvelles technologies dans l'élaboration des futurs plans santé.

La question de recherche s'articule ainsi : quels sont les freins, leviers et attentes des médecins généralistes des Hauts-de-France pour lutter contre la sédentarité des patients ?

II- Méthode

1) Type d'étude

Pour répondre à cette question de recherche, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative (IPA). Les critères de qualité méthodologique et de rédaction retenus ont suivi la grille COREQ (12) (Annexe 3).

Ce choix s'est fait car l'objectif de cette étude n'était pas de théoriser un processus social, mais bien d'explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécue.

En amont de ce travail, une revue de la littérature a été effectuée sur Pubmed, pepite.fr, Cochrane, et Google Scholar via les mots-clés du MeSH suivants : Preventive medicine, Primary care, Physical activity, General practice.

2) Population

Nous avons cherché à avoir un échantillonnage homogène quant au vécu du phénomène étudié, mais diversifié par ailleurs.

Les critères d'inclusion de la population d'étude étaient :

- Être titulaire d'un DES de médecine générale
- Exercer dans les Hauts-de-France
- Exercer en cabinet libéral (cabinet seul, de groupe, ou MSP)

A noter qu'aucune formation particulière en APA ou en médecine du sport n'était exigée. Certains participants y étaient néanmoins formés.

Le recrutement des participants s'est effectué par contact téléphonique ou par courriel. La sélection des participants s'est faite au fur et à mesure de l'analyse des données, d'octobre 2022 à janvier 2023. Le recrutement a volontairement été réalisé dans diverses parties de la région Hauts-de-France afin d'enrichir les données d'une variation de pratiques, de problématiques rencontrées à l'échelle locale, et de solutions diverses proposées.

Après explication des objectifs de cette thèse et de l'accord du praticien d'être inclus dans l'étude, un rendez-vous était fixé pour réaliser le recueil des données.

3) Recueil des données

Le recueil de données a été réalisé par entretiens individuels semi dirigés suivant un guide d'entretien (Annexe 4). Ce guide a été rédigé pour explorer les différents domaines de la question de recherche selon 10 axes d'étude.

Le choix de ce type de recueil est le plus approprié à la question de recherche car il permet d'échanger sereinement avec l'interlocuteur, et ne permet pas d'éventuelles recherches ou préparations aux questions posées en amont de l'entretien.

Les entretiens ont eu lieu au cabinet du praticien ou par téléphone, selon la disponibilité et le souhait de la personne. Ils ont été enregistrés par dictaphone, puis

retranscrits intégralement en verbatim et anonymisés par le logiciel de traitement de texte Word® à l'aide de codes : M1 pour médecin 1, M2 pour médecin 2, etc... jusqu'à M10.

En amont des entretiens ayant entraîné une analyse pour ce travail, deux entretiens « test » ont été réalisés afin de vérifier la cohérence du guide d'entretien, de l'ajuster si besoin, et de s'entraîner à réaliser ce type d'entretien.

Par la suite, 10 entretiens ont été réalisés puis analysés. Le recueil a été considéré comme terminé une fois la suffisance des données atteinte, c'est-à-dire après 2 entretiens supplémentaires réalisés et n'apportant pas de donnée nouvelle.

En recherche qualitative, l'objectif étant de comprendre un phénomène, aucune règle de calcul du nombre de participants ni de prédiction du nombre de participants étaient nécessaires. Les entretiens étaient menés jusqu'à ce qu'ils n'apportent plus aucune nouvelle idée, ni de nouveau thème émergent.

4) Analyse des données

L'analyse des données a été faite de manière itérative, et poursuivie jusqu'à suffisance des données. Les deux derniers entretiens n'ont pas apporté de données nouvelles pour ce travail.

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs (AC et MF).

L'étiquetage initial et l'analyse intégrative ont été conduits à l'aide du logiciel NVivo ver12®. Un modèle explicatif a été réalisé à l'aide d'un logiciel de traitement de texte.

Cette analyse inspirée du modèle de la phénoménologie interprétative a donc suivi le principe de la double herméneutique.

5) Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont consenti librement à leur participation et ont été informés de leurs droits leur garantissant l'anonymat.

Lors de la retranscription des données, tous les entretiens ont été anonymisés par suppression des informations permettant leur identification, notamment les noms propres de personnes et de lieux.

Après retranscription des verbatims, les enregistrements ont été détruits.

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration CNIL portant le n°2022-270 au registre des traitements de l'université de Lille (Annexe 5). Il respecte la loi Jardé et l'engagement de conformité à la méthodologie MR-004 (13).

III- Résultats

1) Population étudiée

Les praticiens interrogés devaient être titulaires du DES de médecine générale et pratiquer la médecine en cabinet libéral dans les Hauts-de-France. Au total, 10 médecins ont été interrogés. Ils ont été choisis selon la variabilité des lieux d'exercice, des types d'exercice, et de la patientèle concernée.

Les critères des participants interrogés sont présentés dans le tableau ci-après :

Médecins	Sexe	Age (ans)	Milieu d'exercice	Population rencontrée
M1	H	53	Rural	Jeunes adultes et enfants
M2	F	33	Rural	Mixte
M3	H	62	Semi-rural	Jeunes actifs
M4	H	36	Semi-rural	Mixte
M5	H	63	Urbain	Personnes âgées
M6	H	32	Semi-rural	Jeunes actifs, sportifs
M7	H	58	Urbain	Mixte
M8	F	53	Rural	Mixte, dont sportifs
M9	H	36	Urbain	Jeunes
M10	H	32	Semi-rural	Mixtes

2) Caractéristiques des entretiens

Ces 10 entretiens ont été réalisés puis analysés, d'octobre 2022 à janvier 2023. Cinq entretiens ont été réalisés en présentiel, et 5 entretiens en distanciel (par téléphone) par convenance de la personne interrogée.

Les durées des entretiens sont présentées dans le tableau suivant :

Médecins	Durée d'entretien
M1	45'13
M2	47'08
M3	1'00'14
M4	34'26
M5	37'42
M6	42'10
M7	37'35
M8	39'11
M9	39'32
M10	47'20

Durée minimale	34'26
Durée maximale	1'00'14
Durée moyenne	43'06

La suffisance des données a été atteinte pour le médecin M9, et cela confirmé par le médecin M10, c'est-à-dire que l'on ne relève pas de nouvelles données à ce stade. Chaque thème ayant été suffisamment bien décrit et caractérisé.

3) Freins réels ou ressentis à la pratique de l'AP

a) Frein motivationnel

L'un des principaux motifs évoqués quant à l'absence de pratique ou sa faible fréquence est le manque de motivation des patients. Cet argument se cacherait derrière bon nombre d'autres explications avancées par les patients.

M1 : « Après c'est toujours pareil, je pense que les gens qui ont envie de faire des choses ils y arrivent, après ceux qui n'ont pas envie trouveront des bonnes excuses pour ne pas le faire. »

M6 : « Est-ce que la limite financière n'est pas une bonne excuse et puis finalement derrière il n'y a aucune motivation particulière ? et pas de détermination, pas de volonté de vraie prise en charge ou de se bouger. C'est pas juste un traitement qu'on prend par la bouche et qu'on attend. C'est pas « juste » une chirurgie où tu prends l'anesthésie et derrière t'attends dans ton canapé. Dès que les gens doivent s'investir physiquement, est-ce que la question financière c'est pas juste une excuse sur laquelle finalement on pourra rien faire, et on aura aucune réponse possible, pour couvrir le "En fait j'ai aucune motivation. Je viens vous voir pour me plaindre mais j'ai aucune motiv". »

M9 : « La plupart des gens qui ne font pas de sport je pense que c'est juste qu'ils n'ont pas envie. Faut déjà, pour en faire, faut le vouloir. »

b) Impact du covid

Le recueil de données a été effectué dans un contexte post-épidémique important. On retrouve donc un impact non négligeable de cette maladie comme catalyseur des inégalités déjà présentes dans un contexte de patients polyopathologiques avec des maladies chroniques.

M2 : « Les gens jeunes se sont mis au sport, mais les patients polypatho sont plus isolés, ils font moins d'effort. »

Et cela créé un climat de méfiance vis-à-vis de la pratique collective.

M2 : « Je pense que y'avait aussi la peur d'avoir le covid, les gens ça les a aussi un peu refroidis. Quand t'es polypatho et que tu sais que tu vas croiser du monde. »

M8 : « Et la peur aussi d'aller dans des associations, d'aller dans des structures, de voir d'autres personnes. Je pense qu'il y avait la peur de la maladie. »

M6 : « je pense que cette période de confinement ça a accéléré la pratique de certains, ça a stoppé complètement la pratique d'autres : de sport co', de sport en salle, aquatique, de contact ... ça c'était fini ! Mais par contre ce qui a été course à pied ça, ça a eu un bond pendant le confinement, et à la reprise des bonnes vieilles habitudes ça s'est arrêté. »

On retrouve également un impact du covid sur les différentes réglementations en vigueur sur le territoire, modifiées au gré des évolutions de l'épidémie :

M3 : « L'interdiction des activités en extérieur, quel que soit le type d'activité ... des trucs complètement aberrants, qui font que les gens y'en a beaucoup qui sont désaffiliés, dégoûtés, qui ont arrêtés le sport qu'ils faisaient mais ils n'ont plus de motivation. »

Les conséquences physiques et mentales du covid ont encore amplifié le phénomène :

M4 : « Ceux qui bougent plus on s'en rend pas forcément compte et on en parle pas. Mais ceux qui bougent moins à la limite au niveau autonomie ont complètement flanchés. On en a une paire où ils sortaient plus du tout, ils ont plus de muscles, ils n'ont plus rien. Ils ont pris 15kg ... »

Enfin, on retrouve la notion de « covid long », dont certains patients subissent encore les inconvénients, et dont la prise en charge reste à l'appréciation de chacun :

M6 : « J'ai eu des formes de covid long mais après c'est toujours difficile de faire la part des choses entre covid long et les syndromes anxio-dépressifs réactionnels, les espèces de fibromyalgies décompensées, ce que je ne maîtrise pas du tout, les douleurs rhumatismales ou arthrosiques. »

c) Manque de temps

On retrouve tout d'abord le manque de temps du côté du médecin généraliste :

M2 : « Parce que t'imagines ton patient que tu vois tous les 3 mois, ou tous les 6 mois, tu vas pas pouvoir regarder tout ça. [...] En ville c'est pas possible, en 15 minutes tu dois tout faire. Rien que le temps qu'ils se déshabillent et que tu passes la carte vitale ça prend 2 minutes, après tu dois l'examiner, tu dois faire l'ordonnance, tu regardes les dépistages, tu regardes les vaccins »

Et on retrouve également cet argument avancé par les patients ne pratiquant pas d'AP :

*M5 : « Faut savoir que tous ces trucs-là, quand les gens ne sont pas habitués, à un moment ou à un autre, ils lâchent. Ils auront toujours des raisons suffisantes. »
« Après on est quand même dans une société où les rythmes sont intenses »*

d) Connaissances des MG

Il ressort plusieurs paramètres en lien avec la connaissance de cette problématique par les médecins généralistes : un manque de formation précise sur le sujet, et parfois la méconnaissance de l'organisation d'AP sur un territoire, inévitable pour qui n'est pas lui-même un sportif convaincu qui s'intéresse au sujet.

M10 : « mais le problème c'est que moi je peux pas connaître pour chaque problème de santé auquel je serai confronté, chaque interlocuteur disponible en fonction du lieu où habite la personne, des places disponibles, et des horaires. » « Et le médecin généraliste il est bon en promotion du sport quand lui-même il est sportif motivé en général quoi. Enfin notre formation elle est égale à zéro heure ... donc à part nous dire "oui c'est bien l'AP" c'est comme nous dire "oui les RHD" quoi ... »

M9 : « Ce qui est sûr, ça c'est un vrai problème, c'est que les médecins généralistes sont très très mal formés en pathologies sportives et globalement en pathologies de l'appareil locomoteur. [...] Je suis médecin généraliste de formation et j'ai pas honte, je peux me permettre de dire qu'on est vraiment mal formé sur toutes ces pathologies, les tendinopathies, les entorses etc... »

e) Frein financier

Le frein financier est une problématique fréquemment avancée, qu'elle soit réelle pour les populations défavorisées, ou prétendue comme un argument imparable permettant de dissimuler un manque de motivation.

M2 : « Bah quand tu dis aux gens faites du sport, ils te disent pas non, mais ça coûte cher, ça coûte 30 euros l'abonnement. Moi je pensais que c'était toujours un frein financier »

Ce souci du financement est une problématique récurrente dans le système de santé, et pas uniquement pour l'AP.

M4 : « Oui mais si c'est prescrit ils vont dire "oui mais c'est payant". On prescrit de l'APA, on leur dit "vous allez voir un prof d'APA" ; "oui mais c'est payant". Ça c'est une autre limite. C'est pareil avec les psychothérapeutes : "allez voir un psychologue" ; "oui mais c'est payant". »

M6 : « Forcément il y a une limite à tout ça, c'est qu'on peut pas tout vouloir gratos. Y'a des patients pour qui on a essayé de mettre en place un maximum par des associations de mairies, par des systèmes publics de prise en charge globale, mais

pour celui qui veut de la prise en charge personnalisée avec un programme pointu, c'est tout, il l'aura pas remboursé sécu celui-là. »

f) Les dérives et abus en pratique courante

Lors de l'épidémie de covid 19, et notamment lors du 1^{er} confinement, on retrouvait certaines dérives concernant l'accès aux installations sportives, initialement réservées aux personnes en ALD dont l'AP faisait partie de la prise en charge. Cette exception au règlement laissait la porte ouverte aux personnes non concernées de solliciter le médecin traitant pour des certificats médicaux afin d'avoir accès aux salles de sports, ayant pour conséquence d'engorger encore un peu plus un système déjà surchargé par la pandémie.

M4 : « On a eu énormément de consultations pour ça. Alors en plus c'était des choses qui n'avaient aucun rapport avec ceux qui étaient en ALD qui demandaient ça. C'était des jeunes qui faisaient du sport habituellement et qui voulaient continuer à en faire, et qui nous demandaient un certificat pour la salle de sport. En plus au-delà du fait que c'était des faux certificats, ils n'étaient pas en ALD. »

Même en levant le frein financier, on retrouve des exigences propres à chaque patient, ce qui rajoute aux contraintes organisationnelles.

M2 : « Les gens c'est à la carte : moi je veux faire telle activité sportive mais pas celle-là. Ouais mais c'est un programme donc si je t'inscris et que t'en fais que la moitié je vais pas savoir s'il y a un bénéfice. »

M8 : « c'était pas forcément les personnes qui avaient le plus besoin qui allaient vers les AP. Malheureusement on s'est rendu compte que c'était les gens qui pratiquaient du sport régulièrement qui demandaient ces attestations c'était pas forcément les gens qui en auraient eu le plus besoin. »

g) Limites liées aux critères d'éligibilité des plans APA

Une des limites des différents plans incitant à pratiquer de l'AP, et notamment permettant l'inclusion dans des prises en charge APA, était la définition à laquelle devait correspondre le patient, et les critères d'inclusion sur lesquels se baser.

M10 : « Bah le problème c'est qu'aujourd'hui l'Etat dit, la loi dit « sport sur ordonnance concerne : tous les patients avec maladie chronique », donc maladie avec traitement ou suivi médical régulier, donc c'est à la libre appréciation du médecin. En tout cas c'est ce que la loi dit. Avant c'était ALD, alors ALD c'est bien mais t'as plein de patients qui ont des maladies chroniques qui sont pas en ALD, notamment les hypertendus, les obèses, et puis t'as plein d'ALD qui sont pas du tout éligibles au sport sur ordonnance. Du coup sinon on a qu'à prendre les critères d'AP

selon l’OMS, bah dans ce cas-là 90% des patients qu’on a ils sont en dessous des critères donc ils sont tous éligibles. »

M3 : « Ça va être avant tout les patients qui vont être en obésité, qui ont des comorbidités, les patients plus âgés également. C’est les 3 gros facteurs. Aussi ceux qui ont des habitudes toxiques, par exemple le tabac, l’alcool, la sédentarité. Ce sont les 6 facteurs les plus marquants. »

h) Contraintes administratives et sanitaires

Un point récurrent des prises en charge en soins primaires concerne les contraintes administratives, le temps pris à rédiger toutes sortes de certificats.

M4 : « je ne faisais pas ces certificats là parce qu’ils étaient à 100%, et c’était une grosse perte de temps, parce que c’est la base de la prise en charge de faire de l’AP donc j’avais du mal à adhérer au fait de faire un certificat pour dire aux gens d’aller bouger. Donc c’était une grosse source d’angoisse, d’engueulade avec les patients, d’engueulade avec des institutions mais j’ai pas changé mes pratiques. »

Et cela a pour conséquence de refréner certains médecins à organiser cette prise en charge, que ce soit directement avec le patient, ou en lien avec les organismes locaux.

M3 : « Parce que souvent c’est très lourd administrativement d’organiser quelque chose. Donc diminuer la lourdeur administrative pour des petits événements qui permettent de faire faire du sport aux gens. » « Ces subventions il y a de plus en plus d’exigences pour les remplir, c’est parfois des galères, parce que ça beugue etc, pour rendre les justificatifs. C’est compliqué quand on n’a pas les autorisations, parce que souvent il faut les demander des mois à l’avance, et puis pour un événement ou un autre, c’est facile une organisation un peu au dernier moment alors que les bénévoles s’y sont mis depuis des mois. Ça ça décourage beaucoup. »

Ces contraintes administratives découlent aussi des contraintes sanitaires imposées en période d’épidémie.

M4 : « Après c’est une évolution sur nos contraintes sanitaires. Je ne sais pas si elles sont trop lourdes par rapport au covid, mais elles sont trop lourdes par rapport à l’AP »

i) Contrainte organisationnelle

Cette contrainte concerne l’organisation des patients eux-mêmes, dont l’AP ne fait pas forcément parti de leurs priorités et donc non inclus dans leur quotidien comme faisant partie du bien-être, de la prévention et parfois d’une prise en charge globale.

M2 : « Bah les gens ils croient que c’est à la carte. Tu verras quand tu seras installé. Ils te demandent un rendez-vous en urgence parce qu’ils sont malades mais pas

avant telle heure et pas après telle heure, mais aujourd'hui hein parce qu'ils sont malades très gravement. Et toi tu vas t'en rendre compte au fur et à mesure. Tu demandes un rendez-vous t'es content que ton médecin il te prenne le jour même quand t'es pas bien, et bah là les gens ils te demandent pas avant 14h et pas après 16h. Les gens c'est à la carte : moi je veux faire telle activité sportive mais pas celle-là. Ouais mais c'est un programme donc si je t'inscris et que t'en fais que la moitié je vais pas savoir s'il y a un bénéfice. »

Selon certains médecins, elle concerne également un problème d'organisation plus globale dans notre politique de santé publique.

M3 : « Le problème c'est qu'en France l'activité sportive ce n'est pas du tout une priorité, au niveau de l'État. Au niveau financement, du discours, et des priorités. »

j) Transports et proximité des lieux de pratique

Il existe parfois une réelle problématique d'accès aux structures de soins et aux structures permettant une AP. Cela vient amplifier les inégalités déjà présentes sur le territoire.

M2 : « Mais les gens ils peuvent pas y aller, y'a 1h de bus minimum. Tu vois c'est un peu la galère. Nous on s'est dit les gens n'ont pas les moyens, puis ils ont pas de voiture. C'est un frein le moyen de transport qu'ils n'ont pas, et le financement qu'ils n'ont pas. »

k) Etat de santé / Comorbidités du patient

Un état de santé précaire, les comorbidités du patient, ou tout autre FDR de maladie, sont autant d'indications à pratiquer une AP pour éviter les complications. Ils apparaissent également être des facteurs favorisant la dégradation de l'état de santé en cas de maladie chronique, ce qui entretient souvent l'absence de pratique d'une AP.

M6 : « Je savais que les comorbidités allaient forcément jouer, l'obésité et l'âge, je me doutais bien que ça allait jouer, et ça a été identifié et validé. »

M8 : « Y'a eu une dégradation de l'état de santé des patients avec une négligence en fait, sur les examens de prévention, tout ce qui est cancer y'a eu une flambée après le confinement. Y'a eu une grosse négligence. Plus le stress et la contrariété c'est aussi un facteur aggravant, même si c'est pas très scientifique ce que je vous dis. »

l) Poids de la demande réelle ou potentielle

Beaucoup de médecins ont décrits l'importance des demandes de certificats médicaux lors des confinements. Cela rajoute un poids supplémentaire de la demande en consultation de médecine générale.

M4 : « Ça a été modifié contraint et forcé parce qu'on nous demandait des certificats, mais je suis totalement opposé à ces modifications-là. On n'est pas censé faire des prescriptions aux gens de bouger, ça doit faire partie de leur rééducation. J'ai un peu de mal à comprendre qu'on doive passer voir un médecin, prendre un rdv, qui est déjà débordé, qui met un rdv une fois quand il a le temps, pour faire un certificat pour faire de l'AP. Les gens ils peuvent faire de l'AP quand ils ont envie. On parle pas d'activité sportive, on parle d'AP. Je m'oppose à tout ça, mais j'ai été contraint de le faire. »

m) Modification des habitudes de vie

Lors d'épidémie, de pandémie, ou au cours de maladies chroniques, on retrouve chez certains patients une modification des habitudes de vie, en termes d'activité physique, de nutrition / alimentation, avec parfois un repli sur soi en cas de peur de la maladie.

M2 : « Je pense que y'avait aussi la peur d'avoir le covid, les gens ça les a aussi un peu refroidis. Quand t'es polypatho et que tu sais que tu vas croiser du monde. Quand ça commence à aller un petit peu mieux les gens se disent "peut-être que je vais y aller" mais en fait au bout d'un mois y'avait déjà la nouvelle vague qui commençait. »

M8 : « on a vraiment eu un repli sur soi qui était très important. »

Ces modifications d'habitudes se retrouvent quel que soit le profil du patient, y compris sportif confirmé.

M6 : « Bon les diabétiques je les ai toujours à l'équilibre donc ça ça change pas. Mais là où je laissais passer et que là je laisse moins passer c'est la prise de poids, où là je faisais quand même attention aux IMC, surtout avec mes loustiques de rugbyman où ils ont créé un 'fat-club' au sein de l'équipe pour ceux qui craquaient un peu. »

n) Manque d'intervenants sur le terrain

Avec la surcharge du système de santé, et par manque de professionnels de santé par rapport à la demande du territoire, cela aggrave cette problématique pour la prise en charge des patients nécessitant un encadrement et un suivi particulier. Cette situation a été particulièrement amplifiée lors de la pandémie de covid 19.

M6 : « Je pense qu'à ce moment-là en plus y'avait pas de kiné sur la 1^{ère} vague, y'avait plus de kiné, ils étaient à la maison, donc on était un peu démunis par rapport à ça. »

2) Leviers proposés par les MG

a) Accessibilité à la pratique

Le problème de l'accessibilité, qui fait écho à un manque de transports dans certains endroits de la région, nécessite une adaptabilité du tissu local pour adapter les conseils et orientations des patients souhaitant pratiquer une AP. Cela doit prendre en compte la distance à parcourir pour le patient, et la disponibilité de son emploi du temps.

M5 : « Le tout c'est qu'il y ait un accès relativement facile. A Lille c'est pas compliqué, faut simplement avoir envie d'aller voir. Mais il faut faciliter l'accès à des structures où les gens vont pouvoir avancer, sans qu'ils aient l'impression d'avoir un étai ou une obligation. »

M10 : « Le fait est que quand t'es en ville, que le mec travaille, et qu'on lui propose un cours à 15h il ira pas, on lui propose un cours avec une demi-heure de transport en commun dans un quartier qu'il aime pas il ira pas, tu lui propose de la marche nordique en hiver il ira pas. »

b) Adapter au patient

L'activité physique proposée doit également être adaptée au patient, du « sur-mesure » afin de faire adhérer le patient à la proposition thérapeutique.

M10 : « Ils adaptent en fonction du patient aussi, c'est-à-dire qu'un mec qui est intéressé par la boxe ça sert à rien de lui faire faire du canoë quoi. La réalité c'est ça. C'est que tu dis ouais j'ai un club de sport adapté mais si y'a rien d'adapté ça sert à rien. »

c) Aides financières

Le frein financier peut être en partie levé car il existe des alternatives gratuites :

M1 : « parce que voilà aujourd'hui la marche il faut juste ... rien. Y'a pas mal de clubs municipaux qui existent ou de clubs de marche gratuits. C'est sûr que les gens qui fréquentent les salles de sport, c'est évident que s'il y avait des remboursements par les mutuelles peut être que en effet y'a des gens qui viendraient pour ça, parce que tu sais bien que quand c'est gratuit, on consomme. Je pense qu'on voit bien, dès qu'il y a une petite porte de choses gratuites remboursées, les gens viennent en disant "J'y ai droit". Donc si jamais à un moment donné ça se démocratisait et qu'il y avait de plus en plus de coaching sportif ou de mutuelles qui prenaient en charge, et que ça passait dans la presse ou dans ce que les gens savent, on aurait à mon avis plus de demande de gens qui viendrait en disant "Bah prescrivez moi 30 séances de sport parce que ma mutuelle me rembourse". »

Comme il n'existe pas de remboursement par la sécurité sociale, il faut parfois se tourner vers les mutuelles, au cas par cas :

M1 : « Un de mes jeunes patients a mis au point un système de coaching sportif pris en charge par les mutuelles »

La question du financement fait aussi intervenir l'investissement personnel et l'engagement du patient à poursuivre au long cours sa pratique :

M1 : « On sait bien que quand les gens payent ils prennent des très bonnes intentions tous les ans : au début d'année t'as 100 adhérents, et à la fin de l'année tu te rends compte qu'il n'y a que 30 personnes qui viennent aux séances, et encore t'as payé. Donc je pense que si c'était gratuit, ça pourrait déclencher la motivation à faire des choses, après est-ce que ça pourrait déclencher la motivation à la poursuite... ? Ça c'est pas sûr. »

Se pose également la question du financement par les institutions locales, le tissu associatif et les fédérations sportives comme promotion du sport-santé.

M3 : « Y'a 2 choses : soit ça peut se faire par le biais d'une structure, d'un club, d'une association. Soit après y'a toujours dans ses institutions là des reliquats de financement qui ne sont pas forcément fléchés ou bien utilisés. Ça peut être plus quand même sous le montage d'une petite association ou d'un petit groupement qui mettrait en place quelque chose comme ça.

- Il faudrait peut-être une petite PEC du coaching sportif. Pas entièrement, mais une petite PEC, ou des tickets de coaching sportif, exemple 50 euros/mois, à raison de 1 ou 2 séances par semaine*
- Centre de remise en forme / remise à niveau, avec un suivi avec un médecin et d'autres professionnels. Mais à la fin ils se sont rendu compte que ce n'était pas assez rentable, d'où problématique financière, mais bons retours des patients. »*

La problématique du financement est difficile à faire accepter dans un système de santé où la plupart des soins sont « gratuits » pour le patient. L'acceptabilité d'un financement par le patient est donc aussi variable.

M4 : « on leur mets de la kiné, selon la disponibilité des kinés. De toute façon il n'y a que ça qu'on peut prescrire et qui est remboursé. Parce qu'à côté de ça l'APA n'est pas remboursée donc c'est pas hyper simple. Et ils ne veulent pas payer non plus. C'est ça ou je leur dis d'acheter un chien. Au moins ils sortent 3 fois par jour. A partir du moment où nous prescrivons, et que tout est toujours gratuit NOUS, c'est pas concevable dans leur tête qu'ils vont payer un soin vu que nous tout ce qu'on donne c'est toujours gratuit. Après qu'ils aillent accéder directement à un prof d'APA sans passer par nous et que là ils payent ça ne va pas leur poser de soucis. Mais quand ça va passer par nous, c'est que ça doit être gratuit, donc du coup c'est le kiné. »

Malgré des possibilités de financement ou de prise en charge, on se rend compte que cela n'est pas forcément un facteur limitant :

M8 : « Vous parlez du covid, j'ai fait un bilan national avec la mutuelle du sportif qui a mis en place justement une couverture pour les gens qui avait eu le covid avec la PEC que je vous disais, c'est-à-dire 250 euros par an pendant 2 ans en post-covid, les gens qui avaient une place en réa. On a fait un bilan national, ils ont eu ZERO appels pour une PEC. »

d) Formation des professionnels de santé et des patients

L'adhésion des patients à la pratique d'AP relève aussi d'une bonne formation, qui peut être dispensée par le médecin s'il y est lui-même formé.

M4 : « On fait de l'ETP sur le diabète donc forcément ils ont tous un atelier sur l'AP. On a 6 patients, on est 2 praticiens, et on leur explique comment ils peuvent faire de l'AP, comment ils peuvent se remettre en mouvement, comment ça peut être plus simple, comment ils peuvent contrôler leur douleur, tout ça. »

e) Savoir informer et orienter

L'éducation à la pratique d'AP de nos patients passe d'abord par une bonne information et une bonne orientation du patient vers les praticiens et les structures qui lui sont adaptés.

- Savoir amener la discussion

M2 : « Comme y'a une salle de sport les gens pour qui j'ai découvert de l'HTA et du diabète je leur dis "bah écoutez, on va pas mettre des médicaments, déjà on va faire attention à ce qu'on mange". Je leur donne le petit fascicule sur comment mieux manger mieux bouger. Je leur dis "je vous inscris dans un club de marche à ..." et

puis souvent il me dise "ah bah je voudrais un certificat pour faire du sport" donc ça amène le sujet. »

- Répéter les messages de prévention pour ancrer le propos.

M4 : « c'est conseillé, c'est répété 25 fois pendant la consultation, y'a une vidéo dans la salle d'attente, on fait de l'ETP donc on leur en parle, mais je ne fais pas de prescription. »

M5 : « Faire de l'information ! Des flyers, des machins, il faut faire de l'information. Je pense que les pouvoirs publics peuvent faire des choses, comme des affiches. Je vois à ... y'a régulièrement des affiches sur les attitudes inciviques, bah oui ça en fait partie, ça pourrait aussi se faire. »

- Faire de l'information et de la prévention, quel que soit le moyen utilisé.

M9 : « Bah moi j'explique aux gens qu'ils retireront forcément un bénéfice sur pleins de points de vue différents de la remise à l'effort, que ce soit ... j'allais dire de la performance mais non ... que ce soit sur la qualité de l'appareil cardiovasculaire, de la respiration, notamment chez les personnes en surpoids ou obèses. Niveau articulaire en prévention de l'arthrose ... on sait maintenant que c'est hyper important. Voilà je parle d'un peu tout ça. »

- Orienter le patient selon son appétence, vers les soins remboursés (kiné) ou vers des structures précises (coach, salle de sport ...).

M10 : « A l'écrit euh souvent, très très souvent, je m'en rends compte en te le disant, ça prend la forme d'une prescription de réadaptation à l'effort chez le kiné. C'est-à-dire que j'écris au kiné 'réadaptation à l'effort' et en fait je sais que ça va être globalement des AP en fait mais accompagnées. »

M3 : « Les structures ça va plutôt être liées avec des coachs sportifs que je connais, soit sinon avec des clubs de fitness. Soit chez un kiné, soit sinon je leur conseille de se rapprocher d'un coach sportif ou d'un club de fitness. A ce moment-là j'ai quelques clubs de fitness, y'en a un au bout de ma rue, ou y'a aussi le club de gym dont je m'occupe, et y'a 2-3 coachs que je connais. »

- Orienter le patient en fonction du tissu local où il se trouve.

M5 : « On a l'avantage d'avoir un tissu associatif qui est quand même relativement large où quand les gens veulent vraiment se bouger le popotin ils peuvent, il y a de quoi faire franchement »

M6 : « Et après pour ceux qui avaient les moyens et où je trouvais que ça ne relevait vraiment pas de la kiné, c'était de la prépa physique, de la réathlé en salle, soit ils ont étaient dans les grandes salles de sport qu'on connaît de la région, soit ils ont étaient dans les salles que tu connais certainement comme Moscion »

M7 : « Y'a des gens qui sont allés à la Mitterie, y'a des gens qui sont allés en rééducation aux Bateliers, des choses comme ça. »

M8 : « moi je leur fais facilement le certificat pour leur dire “bah allez faire le sport sur ordonnance, allez faire du sport santé”. J’ai une bonne relation avec Dk’pulse donc je les incite aussi à aller vers ces associations »

f) Lutter contre les idées reçues

La consultation est parfois le moment de désacraliser l’AP et lutter contre les idées reçues afin d’améliorer l’observance du patient.

M9 : « souvent y’a encore beaucoup de gens qui pensent que quand on a de l’arthrose ou pour éviter l’arthrose il faut rien faire »

g) Modifications des habitudes de vie : RHD, perte de poids

On observe régulièrement des modifications des habitudes de vie non accompagnées, et souvent pour tendre involontairement vers un moins bon état de santé. Les maladies chroniques et/ou épidémiques sont autant d’occasion d’emboîter le pas vers une meilleure hygiène de vie et une meilleure éducation à la santé.

M1 : « A un moment donné si tu veux, ils ont connu un peu ça au moment du confinement, c’était une façon de bouger, de sortir et de se changer les idées, et ils étaient contents de le faire, et ils ont continué à appliquer un petit peu ça. »

Une quête de retour à un état de santé antérieur à la maladie.

M3 : « en général c’est plutôt motivant parce qu’ils se rendent bien compte qu’ils ont perdu quelque chose avec ce covid et qu’ils vont pas forcément s’en sortir très bien tout seul. Et ils ont envie de revenir à ce qu’ils étaient avant. »

M2 : « Bah souvent ceux qui se remettent au sport et qui n’ont pas de pathologie c’est parce qu’ils veulent perdre du poids. C’est rare que quelqu’un se remette au sport du jour au lendemain sans raison. »

M5 : « ils ont perdus des performances, ils ont été conscients de ça, et ils étaient en demande de récupérer ce qu’ils avaient perdus »

h) Renforcer l’entretien motivationnel

Différentes idées ont été proposées afin de motiver les patients à initier une AP, et essayer de faire perdurer cette pratique.

- Le suivi

M1 : « Il faudrait un suivi, une petite obligation participative, en disant “on vous le rembourse mais on vous le paiera si vous l’avez fait. Quand vous aurez tamponné votre carnet avec les 10 séances, vous serez remboursé des 10 séances”. Mais

peut-être pas faire un chèque en blanc en disant “allez on vous donne 100 balles pour aller faire du sport” parce que ça enrichira surtout les clubs. » « tout ce qui est les objets connectés je pense que ça les amuse »

M7 : « Leur dire que c’est un peu comme un traitement médical, que tous les jours ils prennent leurs médicaments pour pas avoir mal, aller aux toilettes etc... leur dire que faire un peu d’exercice tous les jours ça fait partie de leur traitement. »

- L’entretien motivationnel

M10 : « En fait je fais pas un entretien motivationnel, j’utilise les outils de l’entretien motivationnel au cours d’une consultation. Un peu de la même manière, une fois que t’as établi que le traitement de la personne ce sera l’AP, bon bah tu lui poses des questions sur sa pratique actuelle, type évaluer les motivations, est-ce que y’a une volonté de changement ou pas, quel stade, en fonction du stade il faut adapter le discours ; typiquement apporter de l’information à un mec qui veut pas changer ça sert à rien. Pour moi c’est une démarche individuelle dans lequel le médecin peut jouer un rôle si le patient lui laisse faire. Et dans ce cas-là il faut trouver la bonne touche où appuyer au bon moment et puis ça peut se ‘combiner’ mais comme tout changement de comportement. Je considère que c’est vraiment un changement de comportement. Le problème du sport c’est pas tant de l’avoir sur ordonnance, c’est de modifier son quotidien pour lui laisser de la place. »

- Le faire en groupe, à plusieurs

M2 : « faut être motivé mais quand t’es en groupe t’es motivé » « Après comme je dis aux gens, pour aller marcher il faut pas de l’argent tu vois. Faut juste avoir des chaussures et du courage. »

- Le renforcement positif

M3 : « Parce qu’ils n’ont pas envie de se faire engueuler une 2^{ème} fois. Y’en a qui disent “Tu vas aller le voir ? Fais attention parce que si tu lui dis que t’as fait ça, tu vas voir !”. C’est arrivé une ou deux fois qu’il y en a qui me disent “ça m’a un peu sapé le moral” mais en général ça se passe bien. C’est arrivé qu’il y en a qui se bloquent un petit peu. C’est assez rare mais ça arrive. »

M4 : « qu’ils aient la notion de plaisir. Et quelque chose de positif ! »

M6 : « Ou je sais pas, même de la prépa mentale, une unité mobile de prépa mentale, pour aller les déraciner de leur canapé ! »

- Repérer les leviers propices au changement

M9 : « la motivation principale c’est la perte de poids. Y’a le sevrage en tabac qui marche bien en général. Les femmes enceintes j’évoque le sujet parfois ... enfin souvent. Après euh ... tout ce qui est pathologies ostéo-articulaires »

i) Normaliser, éduquer à la pratique au quotidien

L'AP en tant que thérapie préventive et curative passe par une normalisation de sa pratique au quotidien, sans sur-médicaliser le propos.

M4 : « mes patients me connaissent, ils savent que ça va être un truc je vais leur dire « c'est normal, vous êtes fatigués en post-viral, ça va durer qq semaines et ça va aller quoi »

Eduquer les enfants à l'AP dès le plus jeune âge, c'est aussi en faire des futurs adultes dont l'AP sera intégrée dans leur quotidien.

M4 : « L'idéal ce serait d'avoir une structure où on peut les adresser, effectivement gérer par une collectivité et où on peut faire de l'AP facilement, même si ça existe déjà avec des associations où ça ne coûte pas très cher, faut juste être adhérent de l'association. Je pense que la 2^{ème} chose qui est ultra importante, et ça on le savait sur les enquêtes alimentaires, quand ils avaient touché les enfants, les parents modifient. Donc il faudrait plus s'attaquer aux enfants, qu'on leur apprenne ce que c'est que la marche, qu'on leur apprenne, qu'on les éduque à l'AP, et qui du coup feront modifier le comportement de leurs parents. »

M5 : « Il y a aussi des attitudes civiques qui devraient avoir lieu et qui permettraient à tout le monde de vivre plus facilement. Les enfants ne vont pas mourir d'aller faire 100m à pied hein ! »

M6 : « Bah après c'est leur parler de choses simples de la vie : les déplacements dans la vie quotidienne, est-ce qu'il y a pas la possibilité de le faire en marchant ? est-ce qu'on peut pas aller promener le chien 2 fois au lieu d'une ? est-ce que on peut pas aller à la piscine avec sa copine le dimanche matin ? »

M8 : « C'est pas médicalisé, au niveau fédéral on a pas voulu médicaliser les choses. Après y'a une autre asso qui est Dk'pulse, qui est l'autre maison sport santé qui est plus en Flandres. Eux ils travaillent avec gouv app, et donc gouv app c'est une application à laquelle les médecins traitants peuvent avoir accès pour avoir des bilans. Donc y'a deux PEC qui sont différentes, parce que dans une association sportive on veut vraiment que les gens ne soient plus considérés comme des patients, mais des usagers ou des licenciés. Tandis que vous avez Dk'pulse c'est plus des APA, eux en fait y'a des prises de tensions, des prises de saturation. Nous on a vraiment été dans le sens "on ne veut pas les considérer comme des patients". L'idée c'est de les "normaliser" le plus possible pour qu'ils rentrent et qu'ils reviennent. »

j) S'organiser

- Savoir organiser la prise en charge

M1 : « il y a les 2 piliers : prévention/conseils sur l'AP, sans en faire une prescription ; et de l'autre côté il y a la prescription pure de kiné pour vraiment avoir l'accompagnement en plus »

- S'organiser sur un territoire donné et définir les rôles des différents acteurs

M10 : « Tu vois par exemple quand tu dis il faut ouvrir une maison médicale dans une ville, qui l'ouvre ? bah la mairie souvent. »

M2 : « Maintenant t'as les MSP qui se regroupent en petit comité, et après il y a les CPTS. C'est l'ARS qui définit les territoires, par rapport aux flux de patients. »

M5 : « il y a un rôle à jouer également des différentes strates des collectivités locales »

- Organisation du patient pour inclure l'AP dans son emploi du temps

M9 : « après moi je dis "le temps ça se trouve" »

k) Prescrire l'AP

Il existe différentes approches dans la prescription de l'AP, selon le médecin, mais aussi selon le patient présent en face de nous.

- Prescription écrite ou orale

M10 : « A l'oral oui, sur une ordonnance très rarement. Et parfois je rajoute "APA" sur la même ordonnance en disant kiné vers l'APA, en me disant que si ils arrivent dans une structure où il y a de l'APA et/ou si la mutuelle prend en charge ça marchera très bien. C'est jamais de prescription APA telle que "sport sur ordonnance" »

- Comment prescrire ?

M9 : « Bah c'est juste une ordonnance d'APA. Il faut que le patient soit éligible. En gros sur l'ordonnance ils demandent quel type d'activité le patient peut faire, à quelle fréquence, quelle intensité ... »

- Faire partie d'un réseau Sport Santé

M8 : « Moi je prescris parce que je fais partie de 2 réseaux : y'a du sport sur ordonnance en ville, la ville de ... et la ville de ..., toutes les deux ont développé le sport sur ordonnance. »

- Se former à la prescription : les formations de l'IRBMS

M8 : « Adhérer au réseau, après y'a des formations qui sont mises en place par l'IRBMS pour apprendre à prescrire. »

3) Prévention par l'AP

a) Dépistage

Il est possible d'automatiser le dépistage de la sédentarité comme n'importe quel autre FDR.

M10 : « En fait je commence toutes mes consultations de tous les patients, y'a pas un seul patient qui arrive au cabinet qui n'a pas dans son dossier s'il a une AP ou pas. C'est-à-dire qu'en fait un patient qui arrive au cabinet le 1^{er} jour je le connais pas je dis "est-ce que ...". Je sais si il fume de la cocaïne et si il fait pas de sport. C'est une base. J'ai une évaluation de l'AP qui est minimale c'est-à-dire que c'est pas un questionnaire, c'est juste "est-ce que vous faites de l'AP ? oui / non / peut être". »

b) Informé et accompagner

Il faut informer les patients, répéter les messages de prévention, et les accompagner. Chaque consultation est une occasion supplémentaire de dispenser les grands messages clés.

M5 : « Il faut faire de la prévention et répéter les messages ! Parce que si vous n'y revenez pas, les mauvaises habitudes reprennent ! »

Donner une information complémentaire et adapter aux éventuelles maladies chroniques du patient.

M6 : « Globalement, c'était surtout de les sensibiliser encore un peu plus que d'habitude en disant "en plus des risques qu'on encourt dans la vie de manière générale, là c'est encore sensibilisé avec le covid, et on sait que le surpoids avec un IMC>30 c'est un FDR de forme grave". Déjà je les informais, je les rassurais, je les accompagnais sans pour autant les guérir. »

c) Modifier les pratiques

Les conséquences des maladies chroniques, par exemple le covid long, ont pu faire changer les pratiques des médecins avec une vigilance particulière sur les FDR déjà connus et sur le bilan à pratiquer pour évaluer le retentissement de la maladie.

M6 : « En tout cas, j'avais quand même une vigilance particulière sur le côté cardiorespi post-covid avec reprise de l'effort en compét où je disais "on va surveiller" etc... Je faisais cardio, bilan sanguin, parce qu'au début t'y allais à tâton en disant "Est-ce qu'il y a une augmentation des enzymes cardiaques ? Est-ce qu'on peut pas dépister une myocardite infra-clinique ?" ce genre de chose ; et écho et épreuve d'effort. »

M5 : « Plus spécifiquement il y a la réadaptation respiratoire. Il y a des gens qui s'en sortent, qui sortent d'un séjour en réa, et qui ont besoin d'être remis sur pied. Mais je suis un acharné de la vaccination donc j'ai cette chance de ne pas avoir trop de gens qui aient été en réa. »

4) Promotion de l'AP

a) Au cabinet

Il est possible de créer des programmes dédiés à l'AP et dont le financement soit assuré par les revenus générés par la MSP.

M2 : « Notre MSP, ce qu'on fait, c'est que tous ceux qui sont obèses, surpoids, diabétiques, hypertendus, les dépressifs, on les inscrit à un programme où les gens font : 1 entraînement de marche nordique par semaine et 1 entraînement parmi tai so / aquagym / aquabike. Donc ils font une fois par semaine une des 3 activités, plus systématiquement une fois 1 entraînement de marche nordique, et ils ont rdv avec une diététicienne. »

M4 : « y'a une vidéo dans la salle d'attente, on fait de l'ETP donc on leur en parle. On fait de l'ETP sur le diabète donc forcément ils ont tout un atelier sur l'AP »

b) En consultation

En consultation, on retrouve le rôle d'éducation à la santé par le médecin traitant, qui peut parfois s'appuyer sur d'autres ressources pour étayer son propos.

- Education à la santé

M1 : « En prescrire non quasiment jamais, mais à l'oral assez souvent. On recentre des choses sur l'AP. J'ai pas encore l'habitude de sortir l'ordonnance et de prescrire de l'AP. C'est plus à l'état de recommandations et d'hygiène de vie. Peut-être de l'éducation de la part des médecins bien sûr, peut être avec des jeunes enfants dans les carnets de santé des choses comme ça, avec des pages spécifiques sur l'intérêt du sport, l'intérêt de bouger, par rapport aux écrans, par rapport à tout ça. Ça pourrait être une idée d'intégrer ça dans le carnet de santé parce que les parents tout compte fait regardent quand même pas mal le carnet de santé. »

- Montrer l'exemple

M3 : « Je leur donne l'exemple de ceux pour qui ça marche. Je leur donne mon exemple à moi. Puis je leur parle de leur avenir / de leur santé à long terme. J'essaye de parler un peu long terme. Et éventuellement j'oriente vers les coachs. Sous forme de conseils, je leur explique que moi ça fait 40 ans que je fais tous les matins un quart d'heure de gym, je leur montre les mouvements : mouvements de bras, flexions

de jambes, les abdos vous faites comme ça ; le gainage, les obliques, et les dorso-lombaires. Je leur montre les étirements et je leur fais faire les étirements en leur corrigeant la position parce que souvent ils font comme les footeux c'est-à-dire qu'ils font n'importe quoi. »

- Répéter sans cesse les messages

M4 : « c'est conseillé, c'est répété 25 fois pendant la consultation »

- Lutter contre les idées reçues

M6 : « Essayer de comprendre, pour construire ou déconstruire un raisonnement qui ne serait pas forcément adapté, ou pour encourager suite à une AP qui aurait été mal vécue, parce qu'il y a un surpoids, une obésité, ou parce que c'est une remise à l'activité et que les remises à l'activité c'est un peu violent. »

c) Hors du cabinet

Il existe différents vecteurs pour sensibiliser les gens à l'AP en dehors du cabinet, sur un territoire donné.

- Les vecteurs d'information : mails, affiches, télévision

M2 : « envoyer des mails »

- Aller à la rencontre de la population

M8 : « Après nous dans les Flandres y'a des bus qui viennent à domicile. Il y a des villages et y'a un bus communautaire qui circule et qui propose de l'AP. »

- Le rôle des mairies et des associations

M1 : « On voit bien que dans une ville quand il y a quelque chose d'associatif qui coûte un peu moins cher bah les gens adhèrent assez facilement à ce truc-là. On pourrait imaginer que par le biais de mairies ou d'associations il y ait des choses qui soient proposées. On pourrait imaginer qu'il puisse y avoir ce système de coaching sportif qui puisse être proposé en salle d'attente : "maintenant vous pouvez bénéficier d'heures de sport" tu vois, quelque chose comme ça, et que les gens aient accès facilement à cette information avec des numéros dédiés, quelque chose comme ça. On pourrait imaginer des mises à dispositions d'espaces publics. On le voit déjà un petit peu dans les villes pour les jeunes avec des city stades, qui sont pas que des rassemblements de junkies et de salle de shoot. On voit régulièrement que ça fonctionne, que les jeunes se rassemblent, font du basket, de la muscu outdoor, et ça fonctionne pas mal. A une échelle locale je pense que les mairies peuvent être des biais intéressants parce que malgré tout ils ont un accès à la population, la population a accès à la mairie assez facilement, ça peut être des bons relayeurs d'informations. Et puis après à l'échelon plus national on est plus après sur des campagnes de sensibilisation. »

- Un maillage par les MSP et les CPTS

M2 : « Là y'aurait les MSP et les mairies à l'échelle locale, et les CPTS à l'échelle d'un territoire. »

- Les structures de réhabilitation

M2 : « Y'a PrévArt à ..., c'est un truc où les gens ils n'ont rien à payer, qui fait de la réhabilitation par l'AP, cardiaque, diététicienne. C'est ce qu'on fait nous mais eux c'est vraiment une grosse structure. C'est une structure de réhabilitation mais c'est une association qui fait ça. C'est payé par des fonds publics. On doit leur faire un courrier pour les adresser et c'est un organisme qui fait ça. Je pense que c'est la sécu qui paye. Je fais un courrier pour les adresser et après ils m'envoient un papier comme quoi je veux qu'il soit accepté dans le programme. C'est un peu comme Ufolep. C'est des organismes qui font que ça. »

- Le rôle des fédérations sportives

M3 : « Au niveau fédéral je pense aussi à tout ce qui est "open". Parce que le public se licencie de moins en moins. Donc tous les événements open que les fédérations se les approprient un peu mieux, pour toucher plus de monde avec des choses un peu plus ludiques, qui vont être moins contraignantes. »

d) Limites, absence d'outils, méconnaissance

La principale limite en cas de prescription d'AP se situe dans le manque d'interlocuteur vers qui orienter pour faire valoir cette prescription.

M10 : « C'est juste que j'ai pas d'interlocuteur et pas de personne à qui orienter, donc je fais pas d'ordonnance d'APA. Mais donner une ordonnance pour que la personne me dise "j'en fais quoi" ça m'intéresse pas quoi. [...] Et du coup il manque un interlocuteur qui serait soit un administratif qui oriente vers les structures disponibles ; soit un éducateur sportif qui bilante et fais ensuite l'orientation vers la structure définie. »

M4 : « L'idéal ce serait d'avoir une structure où on peut les adresser, effectivement gérer par une collectivité et où on peut faire de l'AP facilement. »

e) Programmes d'APA

- Fonctionnement avec des professionnels APA formés, et sur prescription du médecin traitant

M8 : « en fait c'est mis en place par les deux villes, les 2 collectivités ont travaillé avec l'IRBMS, ont formé des éducateurs terrestres, et ils font guichet unique, notamment la ville de ... a été reconnue maison sport santé il y a 2 ans. Ils

accueillent avec un bilan, ils ont un APA qui fait le bilan, et derrière il y a des professionnels qui sont formés, donc qui ont été formés par Mr ..., qui mettent en place l'APA sur prescription du médecin traitant, c'est que sur prescription. Et derrière maintenant il y a un processus, donc c'est quelque chose de temporaire, c'est 6 à 9 mois, et après il y a une orientation vers différentes structures, les associations sportives et autres. »

- Eligibilité et prescription

M9 : « Bah c'est juste une ordonnance d'APA. Il faut que le patient soit éligible. En gros sur l'ordonnance ils demandent quel type d'activité le patient peut faire, à quelle fréquence, quelle intensité ... »

- Financement par les villes et certaines mutuelles

*M8 : « C'est complètement financé par les villes. Les usagers n'ont rien à payer. »
« Y'a des mutuelles qui prennent en charge une partie, mais c'est pas dans ce cas-là en fait. C'est pour par exemple les gens qui vont dans des associations sportives peuvent faire valoir auprès de leur mutuelle un remboursement d'une partie de la cotisation. Sur les Hauts-de-France y'a Just qui fait ça, y'a Apreva, y'a M comme Mutuelle, y'a Harmonie, y'a Allianz. De plus en plus de mutuelles font ça, y'a des chèques activités physiques en fait. Que ce soit compétitif ou non compétitif. »*

f) Rôles et qualifications des différents intervenants

- Les instances concernées : mairies, MSP, CPTS, DJRS, conseil régional/départemental, fédérations sportives, clubs de sports

M3 : « Je pense qu'il y a les mairies, les CPTS, si elles se mettent bien en place. Il y a aussi tout ce qui est les fédérations, parce qu'elles font de plus en plus de la promotion du sport santé. Il y a aussi tous les acteurs institutionnels qui financent : soit le conseil régional ou départemental ... le CMDS, le ministère, la direction jeunesse et sport (DRJS). Je dirais aussi les financeurs. Pour moi c'est aussi des acteurs sur lesquels on peut s'appuyer un petit peu parce qu'ils ont normalement des budgets qui permettent de développer aussi des choses un peu structurées. Ça veut dire aussi les clubs. »

- En cas de pathologies associées : centre de rééducation, hôpitaux

M5 : « L'activité selon les maladies aussi, le diabète c'est un peu compliqué, mais le cancer du sein c'est très bien fait. Au COL ils font ça et chapeau, les femmes avancent bien grâce à ça. Au niveau réadaptation on a l'Espoir, Villeneuve d'Ascq. Donc il y a quand même effectivement des structures qui permettent aux gens de se bouger, donc à nous de les brancher sur des éléments comme cela. »

- Rôle des associations et des collectivités territoriales

M6 : « c'est difficilement gérable aussi ... mais en soi oui ils ont un rôle important, à mon sens, dans la lutte contre la sédentarité de la population. »

5) Suivi de l'AP

a) Objectifs

- Améliorer la qualité de vie

Les objectifs premiers de l'AP évoqués par les médecins généralistes sont le renforcement positif du patient, la création et l'entretien de lien social, l'amélioration de l'état de santé ou un retour à l'état de santé antérieur à la maladie.

M1 : « Après il y a le ressenti aussi : si le patient se sent mieux, si ça crée du lien, parce que le sport c'est pas que du physique c'est aussi du mental. On se sent bien après, on a bougé, on a créé du lien, on est sorti, y'a aussi toute une part psychologique, et pas seulement faire du muscle. »

M5 : « ils ont perdus des performances, ils ont été conscients de ça, et ils étaient en demande de récupérer ce qu'ils avaient perdus. »

- Améliorer le contrôle des maladies

Selon les personnes interrogées, il y a également la recherche d'un bénéfice secondaire qui devrait être un des objectifs de la mise à l'AP. Chaque objectif devant être adapté au patient et à sa maladie.

M2 : « Pour beaucoup c'est des diabétiques, donc moi je fais les hémoglobines glyquées (HbA1c). Dans les gens qui y vont tout le temps (1/3 des patients inscrits dans le programme), y'en avait qui étaient un peu dépressifs bah maintenant ils me disent je me sens vachement bien, y'avait un gars qui marchait avec une canne maintenant il se déplace sans canne, l'autre qui a perdu 5kg, l'autre elle me disait qu'elle savait pas monter les escaliers, elle était toujours essoufflée, maintenant elle arrive à marcher sans être essoufflée, l'HbA1c qui passait de 9,8 à 8,3 ... Si tous les gens faisaient ça (diabétiques, obèses), y'aurait moins de gros, moins d'insuline. »

b) Comment faire le suivi et évaluer l'efficacité ?

- Un outil qui permette au médecin d'avoir un retour sur sa prescription

M2 : « Il faudrait un espèce de feed back, soit du coach qui pourrait donner un truc, soit un système de carnet ou de pointage [...] une espèce de petit rétrocontrôle pour être sûr que les gens l'utilisent à bon escient »

M8 : « On a mis un livret du pratiquant en place pour ce qui est natation santé, et donc le pratiquant peut montrer au médecin traitant son livret. »

M1 : « On pourrait avoir des indicateurs, bah déjà sur est-ce que les gens y vont ou n'y vont pas. Ce serait intéressant que les gens viennent avec un petit carnet de suivi »

- Un outil simple et reproductible

M2 : « un outil simple, comme les glycémies dans le diabète, un peu comme l'HTA avec la prise de tension » « EFR c'est-à-dire VO2 max, échelle de Borg » « des choses qui seraient facilement mesurables avec des systèmes de mesures simples qu'on peut avoir là maintenant »

- Un outil pour échanger avec le patient

M1 : « C'est important d'avoir un outil qui soit un outil de discussion en disant "bah tu vois t'as bien fait parce que t'es mieux, ton poids est mieux, ta VO2 max est mieux, tu te sens mieux". Eventuellement des échelles de périmètres de marche, des échelles qui permettraient au coach de dire "bah voilà quand il est capable de faire 50m, aujourd'hui il fait 200m". Des choses qui seraient mesurables "avant il poussait autant de poids, maintenant il pousse autant". »

- Un outil rapide à utiliser en consultation pour éviter la perte de temps

M3 : « Ce qu'il faut c'est que ça prenne peu de temps. Que ce soit rapide, reproductible, et que ça prenne peu de temps. Si ça prend plus de 3 minutes au médecin, il va avoir d'autres chats à fouetter ... »

c) Sur quels critères ?

- Sur des paramètres cliniques simples : courbe de poids, HbA1c...

M2 : « Vraiment ceux qui le font à fond c'est impressionnant : entre la perte de poids, le fait de se sentir moins essoufflé, l'hémoglobine glyquée, le tour de taille »

M3 : « Dans le suivi, il peut y avoir la courbe de poids. »

- Sur des paramètres plus subjectifs : le ressenti du patient

M5 : « Sur la clinique et le ressenti du patient »

M10 : « finalement le critère final c'est pas l'AP en soi, c'est l'impact sur le ressenti du bien-être physique. »

M4 : « finalement c'est ça l'objectif : qu'ils se sentent mieux. »

M6 : « surtout l'interrogatoire : qu'est-ce que vous avez fait ? Combien de temps vous en avez fait ? A quelle fréquence ? A quelle intensité ? Quel était votre ressenti ? Qu'est-ce que ça a généré comme raisonnement ? Est-ce que ça vous a encouragé à aller plus ou est-ce que ça vous a dégoûté ? »

*M9 : « Simplement l'amélioration soit d'une pathologie, soit du bien-être du patient. »
« Oui donc a minima le ressenti du patient, et au cas par cas les pathologies concernées sur des critères qui permettent de jauger ces maladies en fait »*

- Sur un questionnaire simple et reproductible : échelle de Borg, test de marche de 6 minutes (TM6) ... (Annexe 6)

M7 : « en 5 questions : Quel périmètre de marche il a ? Qu'est-ce qu'il fait ? Combien de marches d'escalier il monte ? Comment il est essoufflé ? Ressenti ? 3 à 5 questions de base, même à la limite que le patient pourrait faire tout seul. C'est toujours mieux d'avoir un intermédiaire mais voilà. Il peut y avoir des échelles, mais faut rester simple. »

M4 : « Il doit exister des grilles d'évaluation de "Est-ce que vous vous sentez bien dans votre corps ?" "Est-ce que vous trouvez que vous respirez mieux ?" "Est-ce que vous trouvez que vous bougez mieux ?". »

M8 : « Les différentes échelles de qualité de vie notamment [...] y'a le cinet'marche (TM6) qui est mis en place, donc ça c'est pas du subjectif c'est de l'objectif ; y'a le cinet'marche dans l'eau qui va bientôt arriver donc y'a des tests à la fois physique et des tests de bien-être, y'a les deux en fait »

- Un critère adapté et adaptable au patient et à sa maladie

M2 : « Donc en fait c'est jamais le même paramètre pour tout le monde. C'est selon la patho et selon la problématique »

- Faire un bilan de base / de débrouillage au début de la PEC

M7 : « Je crois qu'il faut rester très simple : prise de sang, albumine, poids, ferritine, pré-albumine éventuellement, et peut être un petit état de base par le kiné, c'est-à-dire de voir ce que la personne sait faire en sortant de l'hôpital après sa convalescence, se donner quelques objectifs, et refaire le point après voir si on a progressé : périmètre de marche, essoufflement, voir un peu ce que les gens savent faire ou ne pas faire. Je dirais des données biologiques de base, et des données paracliniques par le kiné essentiellement. Les radios ou des choses comme ça, ça n'apporterait pas grand-chose. »

M8 : « y'aura forcément des paramètres physiques dedans : y'a le test de la chaise, y'a pleins de choses, mais qui sont dans le bilan de base que font tous les APA en fait. Un bilan clinique qui est très bien fait par les APA. Un bilan d'entrée dans le process, un bilan de sortie, et on voit l'évolution. »

- Pouvoir suivre la cinétique d'évolution sur ces paramètres

M8 : « Ce serait intéressant par un bilan : un bilan au départ, un bilan 1 mois après, ça c'est intéressant. »

- L'apport des appareillages de mesure : podomètre, tensiomètre, saturomètre

M3 : « L'avantage du podomètre c'est que si c'est le même patient avec son podomètre, il peut nuancer : "Voilà je marchais plus vite qu'avant ou pas plus vite qu'avant". Parce qu'il y a le nombre de pas mais aussi le temps dans lequel on le fait. Moi ce que je pense c'est : DEPENSE ENERGETIQUE, donc c'est comment mesurer cette dépense énergétique ? Plus il est capable de dépenser d'énergie en une journée, mieux il va. C'est un petit peu le témoin ça. Pour moi c'est primordial. »

M5 : « Le podomètre oui dans ce sens où ils peuvent juger de leurs capacités. Pour le tensio, très anxiogène ! Pour ce qui est du rythme cardiaque pareil, très anxiogène ! Le nouveau jouet dans les familles c'est l'oxymètre. Le problème c'est que tout à l'heure j'ai eu quelqu'un : "Ah tout à l'heure j'avais 97 donc ça va pas" ... Non ! Attention à mettre bien les critères. »

- Etablir un cahier des charges pour une évaluation optimale, reproductible et comparable

M5 :

- ✓ « Sur des paramètres musculaires et respiratoires »
- ✓ « Sur des paramètres cliniques qui étaient palpables »
- ✓ « Critères simples, reproductibles entre les MG »
- ✓ « Abaques sur des références cliniques »
- ✓ « Éventuellement sur des critères à côté desquels on ne doit pas passer »

- L'apport des nouvelles technologies

M6 : « Ou alors dans son application c'est noté : lors d'une promenade, y'a l'intensité et ça lui dis "Comment avez-vous ressenti votre truc ? Allez 6/10. Comment vous vous sentez ? Bien. Est-ce que ça vous a encouragé ?" un petit truc comme ça, 4-5 réponses, tu les as sur ton ordinateur et tu sais où le patient se situe. Pourquoi pas. Ça multiplie les données. »

d) Réévaluer et savoir réorienter

- Savoir dépister certains facteurs de risque de maladies chroniques

M3 : « Ça va être avant tout les patients qui vont être en obésité, qui ont des comorbidités, les patients plus âgés également. C'est les 3 gros facteurs. Aussi ceux qui ont des habitudes toxiques, par exemple le tabac, l'alcool, la sédentarité. Ce sont les 6 facteurs les plus marquants. »

- Orienter vers des aides humaines selon la capacité du patient à gérer sa PEC

M3 : « Les jeunes sportifs avec un tableau grave c'est quand même exceptionnel, c'est arrivé mais c'est plutôt le contre-exemple. Ceux-là j'aurais plus tendance à les guider et à les faire suivre pour que ça se passe dans les meilleures conditions, si ils ne sont pas capables eux-mêmes de se coacher. Parce que y'en a qui sont capables de se prendre en charge très bien justement, parce qu'ils ont cette habitude de s'être entraîné et de s'auto-entraîner tout seul, donc ils vont y arriver très bien ceux qui sont vraiment sportifs. Après y'a ceux qui sont un peu entre les deux c'est-à-dire ceux qui font un petit peu d'activité et c'est plutôt cela vers lesquels il va falloir s'orienter. »

M1 : « Par contre dans nos covid long, on a suggéré d'aller chez les kinés pour aller faire de la réadaptation respiratoire, des choses comme ça. »

- Le médecin généraliste comme point central de la bonne orientation du patient

M1 : « Ça arrive qu'on le prescrive ou qu'ils se fassent hospitaliser dans un service de réhabilitation, dans ce cas-là c'est forcément nous qui prescrivons, mais parfois on suit ce genre de chose. »

- Prendre en compte des critères cliniques et paracliniques objectivables

M3 : « Il y a aussi la saturation en O2. Il y a quand même ce problème de baisse de la saturation chez les covid, avec le critère de 'on les hospitalise en dessous de 90, on peut les faire passer en réa en-dessous de 70' ... parce que ça se mesure assez facilement au doigt. »

e) Les autres intervenants

En dehors du rôle du médecin généraliste, il existe d'autres professionnels de première ligne dans la PEC de l'AP.

- Les centres ressources : CHRU, centres experts

M10 : « centres de médecine du sport » « Swynghedauw »

M5 : « j'ai quelques covid long, mais qui eux ont été hospitalisés à l'époque et continue d'avoir une PEC hospitalière »

- Les autres professionnels médicaux et non médicaux intervenants avec le patient

I : « la diététicienne est-ce qu'elle vous fait un retour ? » M2 : « Ouais elle note tout. »

M5 : « en général ils ont un suivi avec le pneumologue en ville »

- Les nouveaux métiers : IPA

M2 : « C'est pour ça l'idée de travailler en groupe. Maintenant t'as des gens, les infirmiers en pratique avancée, qui vont faire des trucs à côté. »

- Les structures privées : MSP, CPTS

M2 : « Maintenant t'as les MSP qui se regroupent en petit comité, et après il y a les CPTS. »

- Les structures publiques : mairies, ARS, CPAM

M2 : « Après on peut utiliser des infrastructures locales comme la mairie. »

f) Comment pérenniser la pratique dans le temps ?

- Répéter les messages et faire du renforcement positif

M3 : « Y'en a qui ont réussi à maintenir, et y'en a ça a tenu 2-3 mois. Et j'essaye de les remotiver derrière. »

M5 : « faut voir avec eux ce qu'ils ont réussi à faire, stimuler sur ce qui a été fait, et donner un schéma pour continuer à évoluer »

- Être régulier et varier les activités / fréquences / intensités

M3 : « Ce qui est important c'est la régularité ! Pas de faire une fois quelque chose. Mais à petite dose, et de faire des choses variées ! »

- Renforcer les campagnes de santé publique

M5 : « Vous avez entendu parler de l'expérience de Laventie ? Et bien ça a marché le temps qu'ils étaient en route. Une fois qu'ils ont lâchés, les mauvaises habitudes ont été reprises. Donc c'est là le problème. » « Or quand je vous disais les politiques peuvent aussi s'en mêler, mais les politiques ne savent pas faire du long court. »

g) Limites rencontrées

- Quantité importante de personnes concernées

M10 : « Bah le problème c'est qu'aujourd'hui l'Etat dit, la loi dit "sport sur ordonnance concerne : tous les patients avec maladie chronique", donc maladie avec traitement ou suivi médical régulier, donc c'est à la libre appréciation du médecin. »

- Absence de guichet/interlocuteur unique pour recevoir et orienter

M10 : « c'est tellement vaste que pour moi c'est pas possible de prescrire sans avoir un guichet unique pour le patient. »

- Critères d'éligibilité non définis strictement

M10 : « Et le truc c'est que moi si je découvre un club pour un de mes patients je vais pas en prescrire forcément à tous mes patients, mais est-ce que j'envoie tous mes

diabétiques faire du sport santé, ou seulement les pires, ou au contraire seulement ceux qui ont le plus de chances d'y arriver ? »

M10 : « Avant c'était ALD, alors ALD c'est bien mais t'as plein de patients qui ont des maladies chroniques qui sont pas en ALD, notamment les hypertendus, les obèses, et puis t'as plein d'ALD qui sont pas du tout éligibles au sport sur ordonnance. Du coup sinon on a qu'à prendre les critères d'AP selon l'OMS, bah dans ce cas-là 90% des patients qu'on a ils sont en dessous des critères donc ils sont tous éligibles. »

- Limites du temps de consultation pour le médecin

M6 : « Notre temps médical il est précieux, on a beaucoup de boulot, et parfois avec des choses un peu plus importantes ou prioritaires que de devoir appeler pour gérer la séance de piscine qui ne veut pas se bouger tout seul ... »

- Limites financières des dispositifs en place

M6 : « J'avoue que moi je vais avoir du mal d'accepter aussi que les sous de la MSP partent pour payer la séance de piscine des gens. »

- Limites des vecteurs d'informations à disposition des médecins

M7 : « Il est possible que leur dire ce ne soit pas suffisant. »

6) Les attentes des différents acteurs de terrain

a) Les attentes du MG

Dans ce contexte de proposition thérapeutique par l'activité physique, le médecin qui informe, oriente, voire prescrit de l'AP peut parfois avoir certaines attentes vis-à-vis de son patient.

- Un patient acteur de sa PEC

M1 : « Il faut aussi que ça vienne des gens, qu'il y ait une petite flamme. »

M2 : « C'est ce que je leur dis des fois "C'est pas moi qui vais courir à votre place et je vais pas vous donner la main pour marcher". »

- Une relation médecin-malade sans paternalisme

M10 : « Moi je suis pas un sauveur, je suis un facilitateur [...] Pour moi c'est une démarche individuelle dans laquelle le médecin peut jouer un rôle si le patient lui laisse faire. »

M5 : « Il faut un partenariat. »

- Un engagement moral envers son médecin

M2 : « Et puis ils se sont engagés envers le médecin c'est pas comme si ils avaient dit oui au mec qu'ils avaient croisés dans la rue. C'est quand même leur médecin traitant qu'ils vont croiser tous les mois ou tous les trimestres. »

- Un engagement financier (dans le cadre des MSP)

M2 : « Bah les gens vont rien payer, moi je paye pour eux quand-même ! Moi chaque patient que j'inscris ça me coûte 200 balles. C'est la MSP qui paye tout. »

- Un biais émotionnel dans le choix des patients

M2 : « Et puis bon, ceux que j'ai inscrits c'est ceux que j'aime bien. Parce que tous ceux que j'aime pas c'est parce que déjà de base ils font aucun effort. »

- Une attente de résultats

M3 : « J'aime bien les revoir et qu'ils n'aient pas repris 3kg de plus, ou qu'ils n'aient pas rien fait ou arrêté au bout de 3 jours. »

- Un biais motivationnel dépendant de la réceptivité du patient

M6 : « Le patient qui est en face et qui s'est pas bougé alors que je me suis donné pour la consultation, bon je vais pas l'engueuler, mais je vais me démotiver moi-même parce que j'ai vu que c'était inefficace »

- Une nécessaire neutralité

M9 : « Je leur donne les conseils que j'estime nécessaires de leur donner, après ils le font ils le font pas c'est leur choix, j'ai pas à être déçu. J'ai pas d'attentes particulières, on sait très bien que les gens nous écoutent parfois mais pas toujours. (rires) »

b) Les attentes des patients

A l'inverse, dans le cadre de cette relation thérapeutique médecin-malade, les patients peuvent également avoir des attentes vis-à-vis de leur médecin.

- Une nécessaire adaptabilité du médecin à son patient

M1 : « C'est difficile de mettre des mesures qui correspondent à tout le monde, t'as des gens qui adorent être fliqués, t'en a qui supportent pas. »

- Des objectifs différents selon les patients

M3 : « Ils ont envie de récupérer leur vie d'avant. Et puis en en parlant ils ont envie de s'améliorer souvent. »

- Un besoin d'information, de conseils, de suivi

M3 : « Je leur montre ce qui ne va pas. Sois je leur casse le moral, soit au contraire ils sont capables de rebondir et là quand je les vois après ils me disent "ça m'a changé la vie". »

M9 : « Mais sinon pour le suivi, par exemple les femmes enceintes qui demandent à être un petit peu ‘coachées’, c’est un gros terme, mais orientées et guidées pour leur AP oui bien sûr c’est normal qu’elles attendent des choses »

- Un besoin d’entretien motivationnel et de renforcement positif

M5 : « Ils savent qu’ils vont se faire bousculer un peu, mais ils me connaissent. Ils viennent quand même aussi pour qu’on les restimule. »

M4 : « On est plus sur une PEC psychologique et de réassurance. »

- Des attentes qui nécessitent parfois l’aide d’autres intervenants

M9 : « La médecine du sport c’est compliqué parce que des fois ils attendent des choses que je ne peux pas leur amener. Parce qu’on reste médecin et pas kiné ou ostéo. »

c) Les attentes vis-à-vis du tissu local, du tissu associatif, et des collectivités territoriales

Dans un contexte de pratique libérale en cabinet de ville, avec une charge administrative croissante et un manque de temps perpétuel, les médecins souhaitent parfois s’appuyer sur les structures et collectivités territoriales.

- Un rôle à jouer des mairies à l’échelle locale : relai de proximité

M1 : « Je pense que les mairies ont un rôle à jouer dans les propositions qui peuvent se faire au niveau de l’information qu’il peut y avoir sur des structures qui peuvent être mises en place, avec éventuellement des mises à disposition d’équipements. »

- Un rôle à jouer des fédérations sportives : promotion du sport-santé

M3 : « Il y a aussi tout ce qui est les fédérations, parce qu’elles font de plus en plus de la promotion du sport-santé. Au niveau fédéral je pense aussi à tout ce qui est ‘open’. Parce que le public se licencie de moins en moins. Donc tous les événements open que les fédérations se les approprie un peu mieux, pour toucher plus de monde avec des choses un peu plus ludiques, qui vont être moins contraignantes. »

- Un rôle à jouer des institutions publiques et privées : financement

M3 : « Il y a aussi tous les acteurs institutionnels qui financent : soit le conseil régional ou départemental ... le CMDS, le ministère, la direction jeunesse et sport (DRJS). Je dirais aussi les financeurs. Pour moi c’est aussi des acteurs sur lesquels on peut s’appuyer un petit peu parce qu’ils ont normalement des budgets qui permettent de développer aussi des choses un peu structurées. Ça veut dire aussi les clubs. »

- Un rôle à jouer de l’entourage proche : rôle motivationnel

M7 : « Y'a des aides pour les gens dégradés qui ont besoin d'aide pour leur toilette et leurs courses, mais les gens qui vont bien qui ont besoin d'aide pour bouger... ou peut-être stimuler la famille. La famille, un voisin, quelqu'un qui pourrait aider et stimuler. »

- Un rôle à jouer du tissu associatif et des structures dédiées

M9 : « Oui bien sur ... il y a une structure d'APA organisée par la mairie donc je pense que ça marche plutôt pas mal ouais. Il y a forcément des réseaux avec lesquels on travaille. »

M3 : « aider un certain nombre d'associations locales sur des trucs très fléchés comme ça : de dire que l'AP ça peut être une priorité, et quel que soit l'association y'a quelque chose à aller chercher de ce côté-là. »

7) Vers quelle évolution ?

a) Vers un nouveau modèle sport-santé

- Évolution sémantique : Sport Santé, licence de loisir, Maisons Sport-Santé (MSS)

On constate une évolution sémantique : au même titre que l'on ne parle plus de « régime » mais bien de « rééquilibrage alimentaire », il ne faut pas parler de « sport » aux patients mais bien « d'activité physique ».

M5 : « je ne veux pas entendre parler de sport pour des gens qui n'en ont jamais fait, c'est un terme rédhibitoire »

On constate également une évolution des pratiques notamment des clubs et fédérations sportives vers une incorporation du sport-santé dans leurs offres de pratiques.

M10 : « Je vais te dire par rapport à ça le côté sportif mais nous on a toujours fait du sport-santé dans notre club et en fait pour l'Etat ça existe pas tu vois. C'est genre soit c'est du sport compétition, soit c'est pas du sport c'est du loisir mais peu importe. Et là ils sont en train de revenir en arrière en disant "ah" dès que tu prends une licence c'est une licence de sport, une licence de compét, c'est très rare les fédérations qui offrent des licences loisirs. »

- Quid du PRSS : Plan Régional Sport Santé

Il existe une obligation de promouvoir le sport-santé par l'ARS via les PRSS. Ce plan régional se doit de proposer un regroupement de projet et d'axes de travail pour améliorer la pratique d'AP à l'échelle de la région.

M8 : « Je pense que la priorité, et si on arrive grâce à votre thèse, d'avoir un Plan Régional Sport Santé Bien-être dans les Hauts-de-France, ce serait déjà très bien,

qu'il y ait une vraie politique territoriale, qui n'existe pas actuellement, l'ARS ne répond pas à ces obligations ministérielles. C'est quasiment une des seules régions de France où il n'y a pas de plan régional Sport Santé Bien-être. Alors que c'est une obligation ministérielle. [...] Vous allez sur l'ARS vous regardez l'ONAPS, et y'a rien du tout. »

Le sport santé est devenu une obligation d'État, qui prend différentes formes sur le terrain, qui adapte sa pratique pour répondre à de nouvelles exigences.

M10 : « Ils sont en train de changer leur fusil d'épaule en disant "Ah ouais mais vos clubs de sports doivent plus faire de sport performance mais doivent faire du sport santé". »

- Le rôle central des MSP avec un maillage en CPTS pour promouvoir l'AP et l'ETP

M8 : « Bien sûr il y a pleins d'initiatives, il y a les CPTS / les MSP qui ont des projets, qui s'adaptent. Les MSP c'est ça, on est sur un territoire et on met en place des projets d'éducation thérapeutique des patients. »

- Le rôle des nouveaux intervenants : IPA, coordinateurs médicaux, assistants médicaux

M2 : « Sinon faut être dans les MSP où t'as quelqu'un qui serait chargé de faire tout ça. Tu sais les IPA ils font tout ce qui est patho chronique. Elles pourraient faire en sorte de faire le point sur l'AP des gens, sur les prises de sang. »

M6 : « Ou peut-être des assistants médicaux, les coordinatrices médicales, parce que ça, ça rentre dans les nouveaux systèmes de nos sociétés. »

- Les MSS comme centre ressource ?

Il existe une volonté de se tourner vers les Maisons Sport-Santé comme interlocuteur direct, vers lequel le médecin traitant pourrait orienter dans le cadre d'une PEC incluant l'AP. Malheureusement ces structures manquent sur le territoire et ne permettent donc pas de prendre en charge tous les patients potentiellement éligibles.

M10 : « Alors aujourd'hui politiquement y'a une volonté d'avoir les MSS comme centre ressource, ça c'est l'affichage officiel. Après il faut remonter à la structure du sport en France, y'a un Ministère des Sports mais y'a pas de structure ... »

- Une orientation des patients sur le territoire par un interlocuteur ou un guichet unique : le rôle des collectivités territoriales ?

M10 : « Du coup je pense que ça revient aux territoires et euh par exemple il y a des villes où ils disent bah nous on s'intéresse au sport-santé et on a créé un poste à temps plein, et tous les médecins savent qu'ils peuvent envoyer à cette personne-là qui est un agent qui est municipal ou autre, mais qui fait ce travail-là. Et en fait il dispatche les personnes en fonction des ordonnances sur des créneaux disponibles, des créneaux qui sont eux-mêmes subventionnés par la région ou je ne sais pas quelle structure tu vois. » « Plus t'es dans un endroit dense comme des grandes villes, plus à mon avis il devrait y avoir un guichet unique. »

M10 : « Quand t'as un office municipal des sports les mecs sont capables de dire quels clubs il y a dans leur ville. Ils peuvent très bien avoir un chargé de mission sport-santé et faire la liste, et que le mec il soit en lien avec tous les clubs et qu'il connaisse les spécificités. »

- Un manque de ressources pour répondre aux exigences / demandes

M10 : « Tu sais t'as un club y'a 3 personnes mais faudrait des foules d'éducateurs et de clubs tu vois. Et c'est ce que l'État essaye de promouvoir, ils disent que tous les clubs doivent recevoir des gens qui ont des problèmes de santé. »

- Repenser les labels et l'éligibilité aux financements

M10 : « Le truc c'est qu'à force de subventionner les activités plutôt que le fonctionnement bah on arrive plus à avoir des gens qui sont compétents dans leur sport, parce qu'en fait les sports qui sont pas 'performance' et qui sont 'loisir' mais qui sont santé sont financés à condition que l'on reçoive que des gens qui n'arrivent pas à faire du sport. Bah typiquement tu prends un art martial pas connu, bah si tu veux que le gars progresse en niveau bah faut bien qu'il pratique. Donc y'a une sorte comme ça de serpent qui se mord la queue en disant "faut faire du sport pour tous mais c'est pas financé" quoi ... »

- Une nécessaire homogénéité sur un territoire donné

Pour une question d'équité, il paraît nécessaire d'homogénéiser l'accès aux structures d'AP et l'accompagnement des patients, à l'échelle d'un territoire qui dépasse le simple champ d'action d'un seul médecin généraliste.

M2 : « Pourquoi t'as un patient qui a le droit et pas le patient d'à côté ? "Je peux inviter ma voisine ?" Bah non, moi la voisine je la connais pas, si ça tombe elle va mourir pendant l'AP. Je prends pas n'importe qui, par exemple celui qui sort de réa je l'inscris pas. »

M2 : « les CPTS qui permettraient d'avoir quelque chose d'uniforme entre les médecins aussi, sinon ça créé des inégalités. »

M4 : « l'idée c'est aussi de mettre des protocoles en commun »

- Une nouvelle organisation administrative et sanitaire des territoires

Avec l'organisation des médecins en MSP, elles-mêmes regroupées en CPTS, cela redéfinit le maillage territorial :

- L'ARS définit les territoires gérés par une CPTS selon le flux de patients
- Les CPTS sont financées par la sécurité sociale
- Ces CPTS peuvent monter des projets à plus grande échelle et interagir avec les collectivités locales

M2 : « C'est l'ARS qui définit les territoires, par rapport aux flux de patients. Les CPTS c'est financé que par la sécu. Après on peut utiliser des infrastructures locales comme la mairie. »

M4 : « On sera plus sur une PEC pluridisciplinaire et dans un temps dédié de prévention, pas dans la consultation d'un quart d'heure. Et qui du coup est financé dans le cadre de la CPTS. »

- Une nécessaire accessibilité pour le plus grand nombre

M2 : « Donc faut aussi respecter le maillage territorial des transports en communs. »

- Pour une meilleure prévention par l'AP, il faut se donner les moyens d'en faire une priorité de Santé Publique

M3 : « Le problème c'est qu'en France l'activité sportive ce n'est pas du tout une priorité, au niveau de l'État. Au niveau financement, du discours, et des priorités. »

- Repenser le sport santé en prenant en compte les acteurs et la réalité du terrain

M3 : « Je dirais écouter le terrain, les syndicats de médecins quand ils ont des bonnes idées, comme écouter les syndicats d'enseignants quand ils ont des bonnes idées, et essayer de prendre des décisions pas seulement avec des gens qui sont un peu loin, un peu en retrait, un peu âgés, et qui sont surtout loin du terrain depuis un moment. »

- Dynamiser le tissu associatif local pour porter des projets sport-santé

M3 : « aider un certain nombre d'associations locales sur des trucs très fléchés comme ça : de dire que l'AP ça peut être une priorité, et quel que soit l'association y'a quelque chose à aller chercher de ce côté-là. »

M3 : « Les mairies peuvent faire quelque chose mais pas toutes seules. Il faut qu'elles s'appuient sur leur tissu associatif, donc relier mairies et associations, dans le sens de développer une remise à l'AP soutenue. Il y a un rôle à jouer des associations sportives locales. Peut-être favoriser aussi la mise en place d'un certain nombre de petits événements. Parce que souvent c'est très lourd administrativement d'organiser quelque chose. Donc diminuer la lourdeur administrative pour des petits événements qui permettent de faire faire du sport aux gens. »

b) Objets connectés, applications et réseaux sociaux

Avec l'avènement des nouvelles technologies, on retrouve de plus en plus de patients avec du matériel connecté (montres, bracelets) et des applications de suivi de l'AP. Ces objets peuvent être source de motivation, mais également source de découragement en cas d'objectifs non atteints. Tout cela se retrouve également amplifié par les réseaux sociaux qui renvoient la nécessité d'avoir un corps « parfait », et peut modifier l'image du corps que se font les patients.

Il pourrait y avoir un apport des objets connectés comme moyen palpable d'évaluer ses progrès et de fixer des objectifs. Mais cela concerne souvent les gens déjà engagé dans le processus de pratique d'AP. Il ne faut pas que ça devienne un

moyen de culpabiliser ceux qui ne pratiquent pas ou qui n'atteignent pas leurs objectifs, ce serait perdre le principal cœur de cible du sport santé.

- Les objets connectés comme source de motivation

M1 : « On voit bien avec les montres Strava®, le fait de savoir qu'on te regarde, qu'on te suit, de temps en temps tu vas te dire "Ouais tu vas courir un peu plus vite, sur mon Strava® ce sera beau". Donc quand tu as un petit objectif tu te dépasses un peu. »

- Les applications comme outil de discussion avec son médecin sur le suivi de l'AP

M1 : « Le patient pourrait aussi avoir une petite appli sportive qui pourrait montrer à son médecin "Bah regardez aujourd'hui j'ai fait autant, ce mois-ci j'ai X sorties vélo, X sorties machin, X sorties truc". »

- Rester sur des paramètres simples et reproductibles

*M10 : « Bon le fait est que la meilleure mesure de l'intensité de l'effort c'est l'échelle de Borg ou l'essoufflement et euh ça suffit à 99% pour les gens qui font de l'AP. Y'a que les athlètes qui ont besoin de plus de détails tu vois. Quand tu sais que les seuils ventilatoires sont hyper bien corrélés à la réalité de la dépense métabolique, le cycloergomètre en épreuve d'effort franchement on se fait c**** pour pas grand-chose. »*

M2 : « La montre connectée ils font rien, ça rentre dans l'ordinateur y'a rien à faire. Mais après dès que c'est trop poussé les gens ils vont pas faire. »

- Abandonner l'humain au profit de la technologie ?

M10 : « J'aime pas qu'on investisse dans la technologie dans des domaines où ce qui marche c'est le relationnel, c'est l'humain. Franchement y'a rien de mieux qu'un mec qui te crie dessus pour aller plus vite. »

- La technologie au service de l'auto-surveillance du patient

M2 : « L'auto-surveillance les gens ça les motive, les 10.000 pas et tout. Après souvent c'est des gens qui se mettent au sport de base et qui veulent voir. »

- Donner des objectifs pour renforcer la motivation

M2 : « Je trouve les iPhones® et les montres, les gens ils se rendent compte et ils ont un objectif "Ah bah tient j'ai fait 6, la fois prochaine je ferai 6,5". »

M9 : « Ça mets un objectif, ça met un côté un peu 'palpable' à l'objectif et à l'AP. C'est pas juste "Ah bah faut faire du sport". Au moins ça donne un 'carnet de route d'objectifs'. »

- Ne pas tomber dans la culpabilité par les chiffres

M4 : « Ça peut être hyper anxiogène. Faut que ce soit simple : "Je vais chercher mon pain à pied, je suis content d'avoir une baguette fraîche le matin quoi". »

M7 : « Faut pas que ça devienne anxiogène. »

- Les risques liés à la démocratisation du matériel médical

M5 : « Le podomètre oui dans ce sens où ils peuvent juger de leurs capacités. Je vais être honnête, moi je m'en sers pour savoir à partir de quand je suis sûr de dépasser mes capacités, donc eux ça pourrait permettre de savoir comment ils évoluent (pour le podomètre). Pour le tensio, très anxiogène ! Pour ce qui est du rythme cardiaque pareil, très anxiogène ! On commence à avoir des coups de fil parce que les gens disent "Vous comprenez j'ai ..." C'est tout le problème. Le nouveau jouet dans les familles c'est l'oxymètre. »

- Un apport des objets connectés, mais seulement pour ceux déjà actif dans la pratique et déjà engagé dans le cercle motivationnel

M6 : « C'est gadget mais ça représente quand même une plus-value je pense, parce que ça va toujours rappeler aux gens qu'il y a cette notion d'AP régulière, ça leur permet de savoir où ils en sont, est-ce qu'ils vont refaire une petite sortie / une promenade le soir ou en fin de journée, ou est-ce qu'ils ont leur compte pour aujourd'hui. »

M7 : « Gadget effectivement, après ça peut être utile, si ça peut stimuler un peu les gens, qu'on leur dit faut faire un nombre de pas par jour, ça peut être un outil de progression. »

- Certaines limites à leur utilisation

M7 : « Quand on voit déjà le mal qu'on a à faire avec les diabétiques, y'a aussi des trucs connectés avec les lecteurs et tout ça, on a déjà un mal de chien à leur faire utiliser l'appareil, je ne suis pas certain que ça soit bien utilisé par les patients. »

c) Vers quelle évolution du rôle du MG ?

- Une implication dans des projets communs via les CPTS

M2 : « Oui, c'est pour ça que je me suis investie dans le projet CPTS. Là je suis dans le noyau qui lance le projet. Je trouve que ce qu'on fait, chaque patient de notre territoire devrait en profiter. C'est ce que les gens ont besoin. Si tu fais ça c'est parce que tu te rends compte que les gens ils ont besoin de bouger leurs fesses ?! »

- Vers une amélioration de la communication interdisciplinaire

M4 : « On est amené à intervenir sur beaucoup de choses qui ne sont pas forcément médicales mais qui arrivent chez nous parce que les gens savent pas forcément où aller, donc notre rôle va évoluer. Et ne serait-ce que par les MSP et CPTS, c'est notre rôle de faire de la prévention. Mais c'est difficile de le faire dans le format consultation. Nous c'est ça dans la MSP, je pense qu'on fera pareil dans la CPTS, on

met en place des formats où on a le temps de parler, et d'apporter une caution médicale à tout ça, mais ce ne sera pas que la caution médicale, on aura un kiné qui parlera de comment bouger, on peut avoir la diététicienne. On sera plus sur une PEC pluridisciplinaire et dans un temps dédié de prévention, pas dans la consultation d'un quart d'heure. Et qui du coup est financé dans le cadre de la CPTS. »

- Avoir un impact plus important en proposant des projets collectifs

M4 : « C'est-à-dire qu'on peut faire une soirée, on a une relation avec les mairies. Quand on est 10 bon voilà ... mais quand on est 200 on a beaucoup plus d'impact pour les mairies et leurs administrés, et donc du coup on peut taper plus fort. »

- De nouveaux objectifs en lien avec les problèmes actuels de santé publique

M4 : « Dans nos critères on a : l'accueil des soins non programmés, trouver des médecins traitants aux gens, et faire de la prévention et du dépistage. C'est dans les objectifs, donc on va devoir mettre du temps là-dessus. »

M6 : « Je pense que ça va se modifier, par la promotion de l'AP, les explications, les PEC collectives, l'éducation thérapeutique, et on va avoir un accent de plus en plus marqué là-dessus ouais. »

- Savoir donner l'exemple

M7 : « C'est aussi au médecin de stimuler les gens, à leur montrer, à bouger aussi. Moi je vois la plupart du temps je fais mes visites à pied, je vais marcher, je fais du vélo, je montre aux gens que je leur dis et que je le fais aussi. »

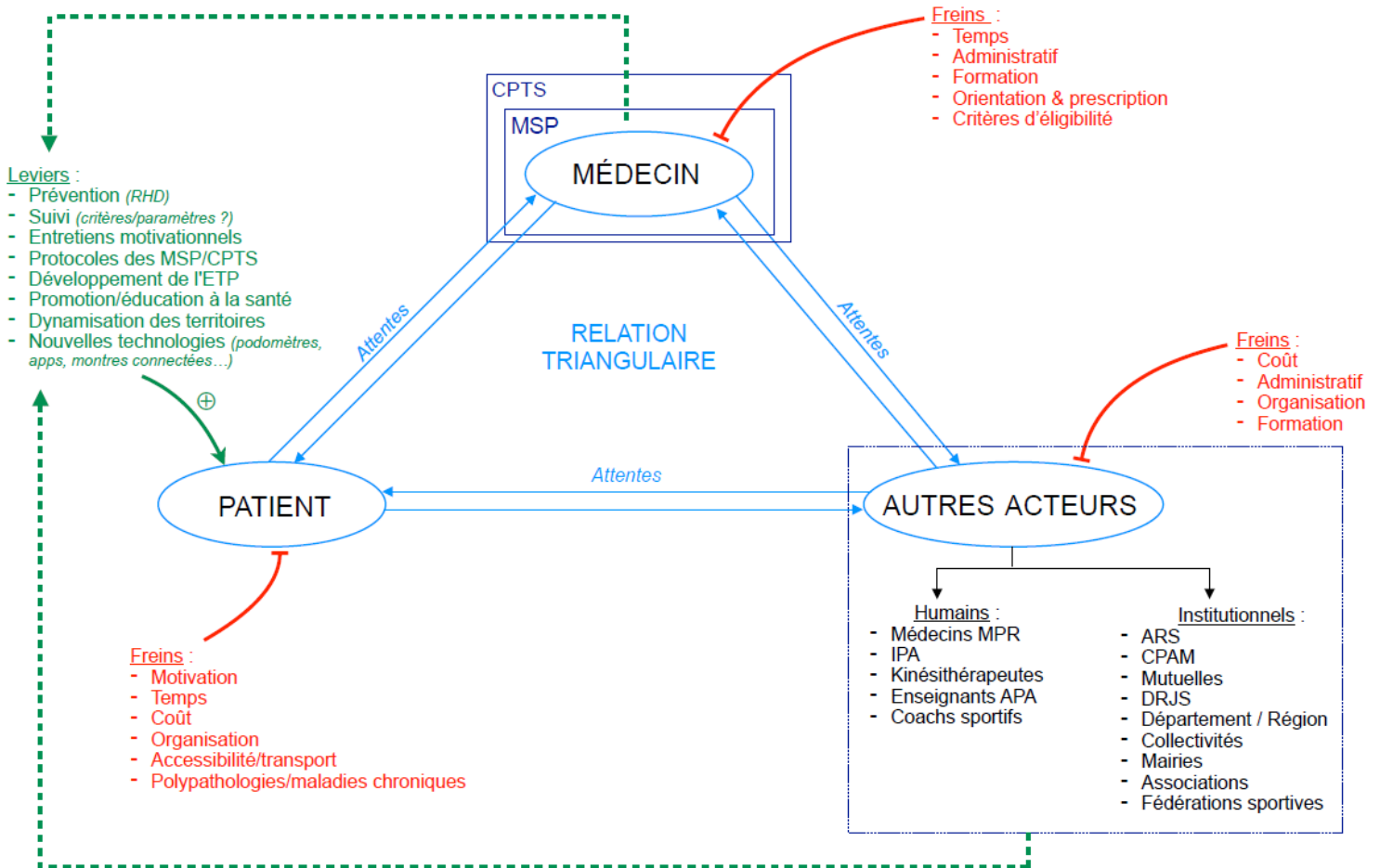
- Une demande croissante de médecins du sport ?

M9 : « Je pense que c'est juste qu'il y a beaucoup de sportifs qui veulent avoir, à juste titre ou pas d'ailleurs, je pense que c'est aussi la société qui veut ça, mais ils veulent dans les pathologies liées au sport, ils veulent voir un médecin du sport. »

IV- Discussion

1) Résultats principaux

a) Modèle explicatif



b) Freins

Les freins rencontrés à la pratique d'AP sont multiples. Du côté du patient, on peut citer le frein motivationnel, financier, l'accès aux transports et aux structures proposant du matériel. Du côté du médecin on notera par exemple la charge administrative (rédaction de certificat, d'ordonnance, fournir des notes

d'informations), le manque de temps (15 minutes de consultation en moyenne), et le manque de structures et d'intervenants vers qui orienter.

Nombreux sont les freins rencontrés à la pratique d'AP, que ce soit du côté des patients, des médecins, et de tous les autres intervenants ou structures qui ont un rôle à jouer dans la prise en charge préventive et curative. Cela permet de mieux cibler les évolutions à venir pour anticiper les changements et adapter au mieux les solutions proposées.

c) Leviers

Pour contrer ses problématiques, il faut adapter les solutions proposées au patient et au territoire dans lequel il s'inscrit. L'entretien motivationnel et le renforcement positif sont la base de l'approche en consultation, dont les messages vont ensuite pouvoir être repris à plus grande échelle. Il faut désormais se tourner vers les différents acteurs du financement et organiser le réseau sport-santé. L'objectif étant d'homogénéiser ce réseau par le maillage des MSP en CPTS, coordonnées avec l'ARS, afin de proposer l'accès le plus large possible de la population à l'AP.

Le rôle de prévention et promotion de l'activité physique, à tous les niveaux et pour tous les publics, est le principal enjeu de santé publique et constitue l'axe principal sur lequel agir pour optimiser l'état de santé d'une population. Eduquer, encourager, et suivre le patient dans cette démarche font d'ores-et-déjà parti du rôle du médecin généraliste en tant qu'acteur de premier recours.

d) Attentes

Ces nouveaux enjeux créent de nouvelles attentes, d'abord dans la relation médecin-malade, comme dans toute prise en charge ; ensuite entre les médecins qui essayent de s'organiser et les pouvoirs publics. On notera notamment le rôle des mairies comme relai de proximité (à l'échelle d'une commune), du tissu associatif local (à l'échelle des communautés de commune), des CPTS (à l'échelle d'un territoire défini par l'ARS), des clubs et fédérations sportives (pour la promotion du sport-santé), et des instances publiques et privés (pour le financement, les recommandations, et la promotion de l'AP à l'échelle nationale).

2) Forces et faiblesses de l'étude

a) Forces de l'étude

- Liées au choix de la méthode

L'approche qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative est la plus adaptée à la question de recherche car elle s'intéresse aux points de vue des médecins. Il s'agit ici de décrire et caractériser une expérience commune vécue par les participants au moyen d'entretiens semi-dirigés, afin de laisser la possibilité à chaque participant de s'exprimer librement sur le sujet.

- Liées à la collecte et à l'analyse des données

Ces entretiens ont été réalisés en l'absence de tierce personne. Les retranscriptions ont bénéficié d'une anonymisation, d'un double codage, et d'une triangulation des données. L'analyse ouverte a permis d'en dégager des thèmes, eux-mêmes reliés en thèmes superordonnés, qui ont conduit à la construction du modèle explicatif.

- Liées à son caractère unique

Les enjeux de santé publique en lien avec la sédentarité sont déjà bien connus. Mais c'est la première fois qu'un travail s'attelle à interroger directement les acteurs de terrain (ici les médecins généralistes) pour faire émerger du terrain les problématiques rencontrées et les solutions proposées. La variabilité des personnes interrogées et des conditions d'exercice de chacune permet un panachage de données permettant une large réflexion pour la construction des futurs plans Sport Santé, basés directement sur les besoins de terrain.

- Liées à la grille COREQ

L'analyse de données en recherche qualitative se base sur la grille de lecture COREQ traduite en français et adaptée pour ce travail. (Annexe 3)

b) Faiblesses de l'étude

- Liées au manque de formation et d'expérience de l'enquêteur

Le chercheur pour ce travail est un interne en médecine générale sans expérience antérieure sur la recherche qualitative. Ce manque d'expérience et de formation à ce sujet ont pu donner des entretiens initialement trop directifs qui limitent la possibilité de la personne interrogée de s'exprimer plus largement.

- Liées au recrutement : sélection des participants

Lors du recrutement des praticiens, le thème « activité physique » leur était donné. Cela introduit un biais de recrutement car les médecins ayant répondu favorablement à la demande de participation à l'étude sont de facto généralement plus sensibilisés et intéressés que les personnes n'ayant pas répondu à cette demande.

- Liées au mode d'entretien

Cinq des dix entretiens réalisés ont été faits par téléphone. Cela a pour conséquence de ne pas permettre une retranscription du langage non verbal, ce qui peut impacter la richesse de l'entretien.

- Liées aux critères d'inclusion

L'inclusion des participants impose qu'ils exercent en cabinet libéral et dans les Hauts-de-France, les résultats de l'étude ne sont donc pas extrapolables pour les médecins hospitaliers ou exerçant dans une autre région.

3) Les données de la littérature

Le rapport de l'ANSES de 2022 concluait déjà : « une meilleure prise en compte de la pratique sportive dans les politiques publiques est absolument essentielle pour prévenir les risques sanitaires ».

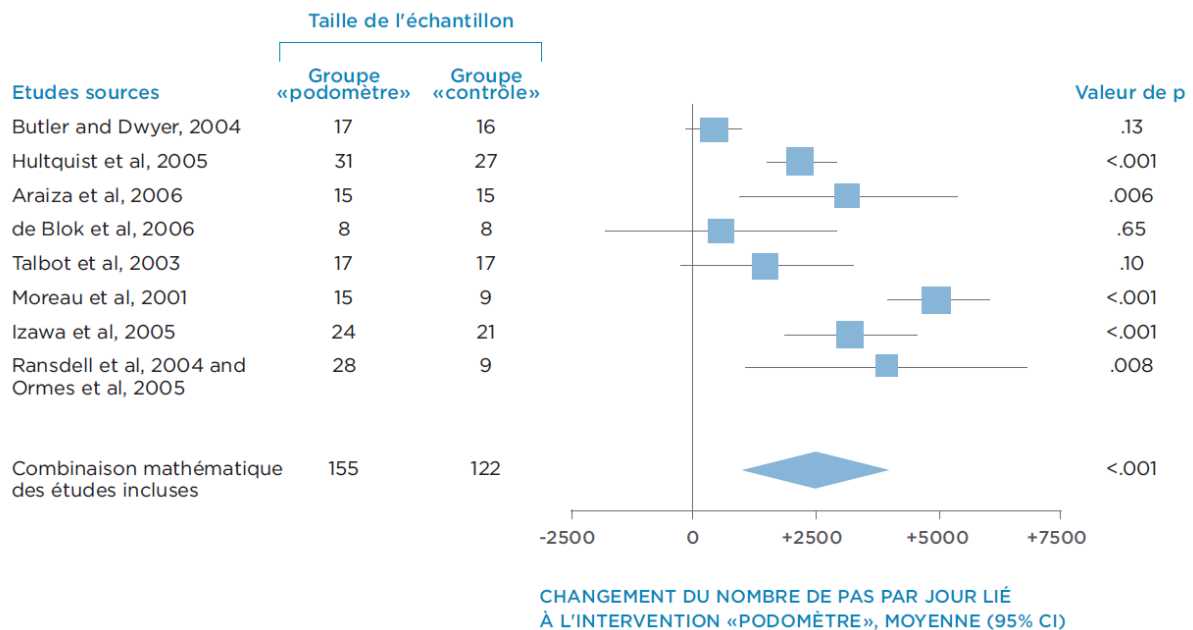
Dans une conférence (14) faite au Cœur des sciences (UQAM) le 5 novembre 2019, le Pr Irene Magaritis concluait ainsi : « c'est l'organisation même de nos modes de vie qui est à revoir : que ce soit dans l'espace public, en laissant davantage de place aux mobilités actives comme le vélo ou la marche, ou sur le lieu de travail, en favorisant la pratique sportive et en limitant les temps de sédentarité, ou encore dans le système scolaire en augmentant l'espace et le temps dédiés aux activités physiques et sportives ».

Dès lors, on comprend bien que le rôle du médecin généraliste en tant qu'acteur de prévention, a une place centrale. Remettre les patients à l'activité physique devient donc une mission importante de son quotidien, à adapter à chaque patient. Dans une étude (15) réalisée par le Fédération Française d'Athlétisme (FFA) sur la pratique du running en France en 2022, les principales motivations des personnes interrogées étaient : la santé (76%), la performance (25%), relever un défi/challenge (15%), la compétition (12%), et le lien social (11%). Ce sont autant de leviers à utiliser au gré de la consultation pour avancer sur le chemin du statut motivationnel du patient (16).

Une fois que le patient a initié une activité physique, le plus difficile reste encore de la maintenir dans le temps, de restimuler et remotiver régulièrement pour avoir un bénéfice sur le long terme.

L'apport des nouvelles technologies peut avoir un intérêt, si elle permet au patient d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé, sans devenir une source d'anxiété. L'exemple du podomètre a été étudié dans une méta-analyse réalisée par la polyclinique médicale universitaire de Lausanne en 2007 (17), et retrouve un apport significativement associé à l'efficacité de la promotion de la marche.

RÉSULTATS DES ESSAIS CLINIQUES RANDOMISÉS AYANT TESTÉ L'EFFICACITÉ DU PODOMÈTRE
 COMME OUTIL DE PROMOTION DE LA MARCHÉ (ADAPTÉ DE BRAVATA 2007)



Source : PAPERICA (Physical activity promotion in primary care)

Conclusion :

Nombreux sont les freins rencontrés par les différents acteurs : médecin, patient et pouvoirs publics. Chaque problématique étant propre à un patient donné et dans un territoire donné, les solutions proposées doivent donc être cohérentes et adaptées à son environnement. Cela suppose une compréhension des attentes du terrain et une nécessaire adaptabilité des évolutions à venir pour le sport-santé.

L'AP fait partie intégrante de la prise en charge du patient, au point d'en être devenue une réponse à une problématique mondiale et un enjeu de santé publique. Encore faut-il que le public en comprenne les enjeux. Et cela passe par une éducation à la santé, la promotion de l'AP, et la prévention.

La problématique actuelle présuppose deux approches complémentaires : une harmonisation de l'offre de soins à l'échelle d'un territoire, en termes de facteurs humains et matériels ; et une approche centrée patient, avec ses attentes et ses leviers, en constante évolution.

Certaines instances ont déjà œuvré pour proposer un modèle d'algorithme de prise en charge du patient par l'activité physique (Annexe 6), ainsi que des modèles de plans régionaux pour en faire la promotion. A la lueur des dernières données scientifiques, il semble plus que nécessaire de mettre en place un PRSS dans les Hauts-de-France qui puisse s'inspirer des acteurs de terrain qui y sont confrontés au quotidien. Cela amène de nouvelles problématiques à envisager :

Comment intégrer dans cette notion le rôle des nouveaux métiers de la santé ?

Quelle évolution envisager avec les nouvelles technologies ?

Quelle va être l'évolution du métier de médecin généraliste dans les années à venir ?

Liste des références :

1. Anses. Avis relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité de la population des adultes de 18 à 65 ans, hors femmes enceintes et ménopausées. (saisine 2017-SA-0064_b). Maisons-Alfort : Anses, 109 p.; 2021.
2. Dr Albert Scemama. Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité [Internet]. 2022 [cité 18 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf
3. Titre VII : Prévention des facteurs de risques pour la santé (Articles L1171-1 à L1173-1) - Légifrance [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISC TA000020891469/#LEGISCTA000020892093
4. World Health Organization. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. 2010;58.
5. World Health Organization. Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009 [cité 18 févr 2023]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203>
6. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet Lond Engl*. 21 juill 2012;380(9838):219-29.
7. Aquatias S, Arnal JF, Rivière D, Bilard J, Callède JP, Casillas JM, et al. Activité physique: contextes et effets sur la santé - Synthèse et recommandations.
8. Sallis R, Young DR, Tartof SY, Sallis JF, Sall J, Li Q, et al. Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. *Br J Sports Med*. oct 2021;55(19):1099-105.
9. U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. 2018 [cité 18 févr 2023]; Disponible sur: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf
10. Li T, Wei S, Shi Y, Pang S, Qin Q, Yin J, et al. The dose-response effect of physical activity on cancer mortality: findings from 71 prospective cohort studies. *Br J Sports Med*. mars 2016;50(6):339-45.
11. Sport Santé sur ordonnance : le ressenti des médecins généralistes [Internet]. IRBMS. 2018 [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/sport-sante-sur-ordonnance-le-ressenti-des-medecins-generalistes/>
12. Signoret J. Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. [Internet]. 2012 [cité 6 juin 2022]. Disponible sur:

https://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/728/fichier_these_juliensignoretccb5a.pdf

13. CNIL. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé Méthodologie de référence MR-004 [Internet]. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le>
14. Conférence - Santé- Penser le risque autrement - Irène Margaritis - Mardi 5 novembre 2019, 18h [Internet]. 2020 [cité 14 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=IP6UHtweGL4>
15. ATHLE.FR | Le Running, valeur sûre pendant la crise [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.athle.fr/asp.net/main.news/news.aspx?newsid=18185>
16. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* juin 1983;51(3):390-5.
17. Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, et al. Using Pedometers to Increase Physical Activity and Improve Health : A Systematic Review. *JAMA.* 2007;(298:2296-304.).

Annexes :

Annexe 1 : Recommandations OMS de l'activité physique selon l'âge et les comorbidités :

L'OMS recommande :

Pour les enfants de moins de 5 ans

Sur une journée de 24 heures, les nourrissons (de moins d'un an) :

- devraient être physiquement actifs plusieurs fois par jour de diverses manières, en particulier au moyen de jeux interactifs au sol ; plus vaut mieux. Ceux qui ne se déplacent pas encore devraient être placés 30 minutes au moins en position couchée (à plat ventre), réparties tout au long de la journée pendant le temps de veille ;
- ne devraient pas être immobilisés plus d'une heure d'affilée (dans un landau, une poussette, une chaise haute ou sur le dos d'un adulte).
- devraient dormir entre 14 et 17 heures (enfants de 0 à 3 mois) et entre 12 et 16 heures (enfants de 4 à 11 mois) d'un sommeil de bonne qualité, siestes comprises.
- Les écrans ne sont pas recommandés.
- Pendant les périodes de sédentarité, il est conseillé aux personnes qui s'occupent des enfants de leur lire ou de leur raconter des histoires.

Sur une journée de 24 heures, les enfants de 1 à 2 ans :

- devraient avoir 180 minutes au moins d'activité physique de type et d'intensité variés, y compris d'une intensité modérée à soutenue, réparties tout au long de la journée ; plus vaut mieux;
- ne devraient pas être immobilisés plus d'une heure d'affilée (dans un landau, une poussette, une chaise haute ou sur le dos d'un adulte) ni rester assis longtemps.
- devraient dormir entre 11 et 14 heures d'un sommeil de bonne qualité, siestes comprises, avec des heures régulières de coucher et de lever.
- Pour les enfants d'un an, il n'est pas recommandé de passer du temps sédentaire devant un écran (regarder la télévision ou une vidéo, jouer sur l'ordinateur, p. ex.).
- Pour les enfants de 2 ans, le temps d'écran sédentaire ne devrait pas dépasser 1 heure ; moins vaut mieux.
- Il est conseillé aux personnes qui s'occupent des enfants de leur lire ou de leur raconter des histoires dans les moments sédentaires.

Sur une journée de 24 heures, les enfants de 3 à 4 ans :

- devraient avoir 180 minutes au moins d'activité physique de type et d'intensité variés, dont 60 minutes d'une intensité modérée à soutenue, réparties tout au long de la journée ; plus vaut mieux;
- ne devraient pas être immobilisés plus d'une heure d'affilée (dans une poussette, p. ex.) ni rester assis longtemps.
- Le temps d'écran sédentaire ne devrait pas dépasser 1 heure ; moins vaut mieux.
- Il est conseillé aux personnes qui s'occupent des enfants de leur lire ou de leur raconter des histoires dans les moments sédentaires.
- devraient dormir entre 10 et 13 heures d'un sommeil de bonne qualité, comprenant une sieste éventuellement, avec des heures régulières de coucher et de lever.

Les enfants et les adolescents de 5 à 17 ans :

- devraient consacrer en moyenne **60 minutes par jour** à une activité physique d'intensité modérée à soutenue, principalement d'endurance, tout au long de la semaine.
- Des activités d'endurance d'intensité soutenue, ainsi que celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être pratiquées **au moins 3 fois par semaine**.
- Le **temps de sédentarité** devrait être limité, en particulier le temps de loisir passé devant un écran.

Les adultes de 18 à 64 ans :

- devraient consacrer au moins **150 à 300 minutes par semaine à une activité d'endurance d'intensité modérée** ;
- ou pratiquer au moins **75 à 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue** ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine ;
- devraient pratiquer **2 fois par semaine ou davantage des activités de renforcement musculaire** d'intensité modérée ou supérieure - qui sollicitent les principaux groupes musculaires - celles-ci procurant des bienfaits supplémentaires pour la santé ;
- peuvent porter à **plus de 300 minutes** la pratique d'une activité d'endurance d'intensité modérée ; ou pratiquer plus de 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine, afin d'en retirer des **bienfaits supplémentaires pour la santé** ;
- devraient **limiter leur temps de sédentarité**. Remplacer la sédentarité par une activité physique quelle qu'en soit l'intensité (y compris légère) est bénéfique pour la santé ;
- devraient tous s'efforcer de dépasser les niveaux recommandés d'activité physique d'intensité modérée à soutenue afin d'amoindrir les effets néfastes d'un niveau de sédentarité élevé.

Les adultes de 65 ans et plus :

- Les recommandations sont les mêmes que pour les adultes plus jeunes ; et
- Dans le cadre de leur programme hebdomadaire de mise en forme, les personnes âgées devraient pratiquer des **activités variées et à plusieurs composantes** qui mettent l'accent sur l'équilibre fonctionnel et des exercices de force d'intensité modérée ou supérieure, **3 fois par semaine ou davantage**, afin d'améliorer leur capacité fonctionnelle et de prévenir les chutes.

Les femmes enceintes et en post-partum :

Les femmes enceintes et en post-partum sans contre-indication devraient toutes :

- consacrer au moins 150 minutes par semaine à une activité d'endurance d'intensité modérée ;
- pratiquer une variété d'activités d'endurance et de renforcement musculaire ;
- **limiter leur temps de sédentarité**. Remplacer la sédentarité par une activité physique de tout niveau d'intensité (y compris de faible intensité) est bénéfique pour la santé.

Les personnes souffrant d'affections chroniques (hypertension, diabète de type 2, survivants du VIH ou du cancer) :

- devraient consacrer au moins 150 à 300 minutes par semaine à une activité d'endurance d'intensité modérée ;
- ou pratiquer au moins 75 à 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine ;
- devraient pratiquer 2 fois par semaine ou davantage des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou supérieure - qui sollicitent les principaux groupes musculaires - celles-ci procurant des bienfaits supplémentaires pour la santé.
- Dans le cadre de leur programme hebdomadaire de mise en forme, les personnes âgées devraient pratiquer des **activités variées et à plusieurs composantes** qui mettent l'accent sur l'équilibre fonctionnel et des exercices de force d'intensité modérée ou supérieure, **3 fois par semaine ou davantage**, afin d'améliorer leur capacité fonctionnelle et de prévenir les chutes.
- peuvent porter à plus de 300 minutes la pratique d'une activité d'endurance d'intensité modérée ; ou pratiquer plus de 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine, afin d'en retirer des bienfaits supplémentaires pour la santé ;
- devraient limiter leur temps de sédentarité. Remplacer la sédentarité par une activité physique de tout niveau d'intensité (y compris de faible intensité) est bénéfique pour la santé ;

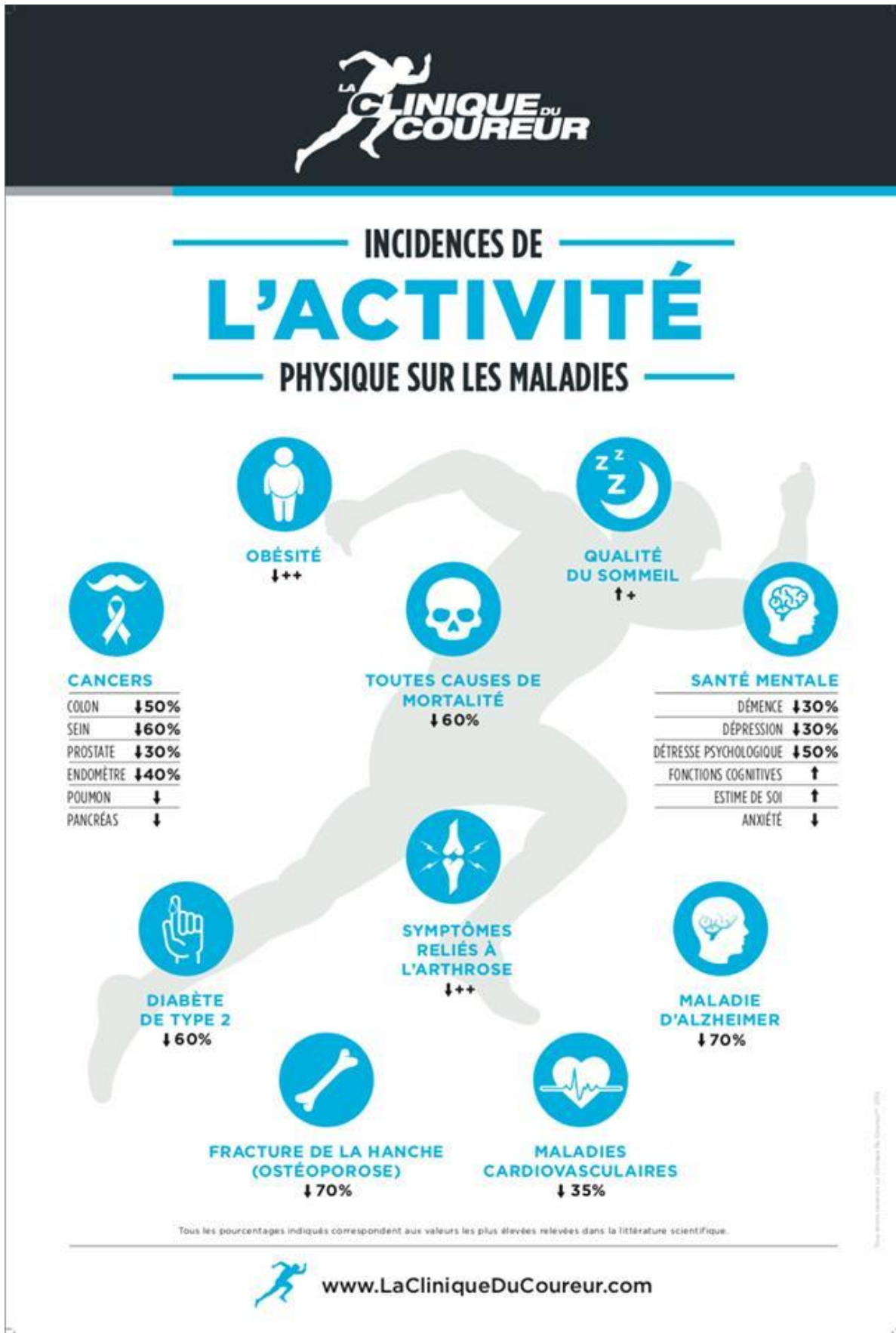
- devraient tous (adultes et personnes âgées) s'efforcer de dépasser les niveaux recommandés d'activité physique d'intensité modérée à soutenue afin d'amoinrir les effets néfastes d'une sédentarité élevée.

Les enfants et adolescents souffrant d'un handicap :

- devraient consacrer au moins 60 minutes par jour, en moyenne, à une activité physique d'intensité modérée à soutenue, principalement d'endurance, tout au long de la semaine;
- devraient pratiquer au moins 3 fois par semaine des activités d'endurance d'intensité soutenue, ainsi que des activités qui renforcent le système musculaire et l'état osseux
- devraient limiter leur temps de sédentarité en particulier le temps de loisir passé devant un écran.

Les adultes souffrant d'un handicap :

- devraient consacrer au moins 150 à 300 minutes par semaine à une activité d'endurance d'intensité modérée ;
- ou pratiquer au moins 75 à 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activités physiques d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine ;
- devraient pratiquer 2 fois par semaine ou davantage des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou supérieure - qui sollicitent les principaux groupes musculaires - celles-ci procurant des bienfaits supplémentaires pour la santé.
- Dans le cadre de leur programme hebdomadaire de mise en forme, les personnes âgées devraient pratiquer des **activités variées et à plusieurs composantes** qui mettent l'accent sur l'équilibre fonctionnel et des exercices de force d'intensité modérée ou supérieure, **3 fois par semaine ou davantage**, afin d'améliorer leur capacité fonctionnelle et de prévenir les chutes.
- peuvent porter à plus de 300 minutes la pratique d'une activité d'endurance d'intensité modérée ; ou pratiquer plus de 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine, afin d'en retirer des bienfaits supplémentaires pour la santé ;
- devraient limiter leur temps de sédentarité. Remplacer la sédentarité par une activité physique de tout niveau d'intensité (y compris de faible intensité) est bénéfique pour la santé ;
- devraient tous (adultes et personnes âgées) s'efforcer de dépasser les niveaux recommandés d'activité physique d'intensité modérée à soutenue afin d'amoinrir les effets néfastes d'un niveau de sédentarité élevé.
- Il est possible d'éviter la sédentarité et d'être physiquement actif en position assise ou couchée. (au moyen, p. ex. d'activités dirigées par la partie supérieure du corps, telles que les activités sportives en fauteuil roulant).



Annexe 3 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/descriptions
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ? Le thésard
2	Titre académique	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Interne en médecine générale
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ? Interne en médecine générale
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ? Un homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Formation du DES de médecine générale Parcours ACTE de la faculté de médecine de Lille
Relations avec les participants		
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche. Pas d'information à caractère personnel, seulement la question de recherche
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêt pour le sujet de la recherche. Interne en médecine générale, intéressé par le sport et l'activité physique en général
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Méthode s'inspirant de l'analyse phénoménologique interprétative
Sélection des participants		
10	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Echantillonnage dirigé avec appel des volontaires au fur et à mesure des entretiens
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par appel téléphonique et/ou en présentiel au cabinet
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 10 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusées de participer ou ont abandonnées ? Raisons ? 1 personne par manque de temps
Contexte		

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Au cabinet du médecin interrogé ou au domicile
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Praticiens titulaires d'un DES de médecine générale et exerçant dans un cabinet de ville dans les Hauts-de-France
Recueil des données		
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Oui Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? Oui
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? Un entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? Oui, enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ? Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ? De 34 minutes 26 secondes, à 1 heure 14 secondes, pour une moyenne de 43 minutes 06 secondes.
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? Oui, jusqu'à suffisance des données après 2 entretiens supplémentaires non contributifs
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? Non
Analyse et résultats		
Analyse des données		
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codées les données ? Deux personnes
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? Déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? Nvivo® version 12
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimés des retours sur les résultats ? Non
Rédaction		

29	Citations présentées	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant Oui, de M1 à M10
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? Oui

Annexe 4 : Entretiens semi-dirigés : Activité physique en population générale

Informations sur le praticien :

- Age :
- Sexe :
- Type d'exercice :
- Population rencontrée :

- 1) **Pour vous, qu'est-ce que l'activité physique ?**
- 2) **Quelles sont vos habitudes de prescription d'activité physique et comment l'intégrez-vous dans la consultation ?**
- 3) **Quelle est l'impact des maladies chroniques sur la pratique d'AP ?**
- 4) **Selon vous, quelles sont les motivations des patients à pratiquer une activité physique ? Pourquoi ?**
- 5) **Quels sont les freins réels ou ressentis à la pratique d'AP par le patient ?**
- 6) **Quelles sont les attentes qu'il peut exister dans la relation médecin-patient vis-à-vis d'une prescription / orientation vers une pratique d'AP ?**
- 7) **Comment promouvoir l'AP sur un territoire ? Avec quels outils ?**
- 8) **Sur quels critères jugez-vous de l'efficacité de votre prescription / recommandation de pratique d'activité physique ?**
- 9) **Comment pérenniser la démarche sport santé et les pratiques d'activité physique dans le temps ?**
- 10) **Selon vous, quelles vont être les évolutions à venir en termes de pratique d'AP, de promotion du sport santé, et du rôle du médecin généraliste à ce sujet ?**

Annexe 5 : Déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Comment remettre les patients en activité physique après une période de sédentarité prolongée ?
Référence Registre DPO : 2022-270
Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : M. Arthur CREPIN

Fait à Lille,

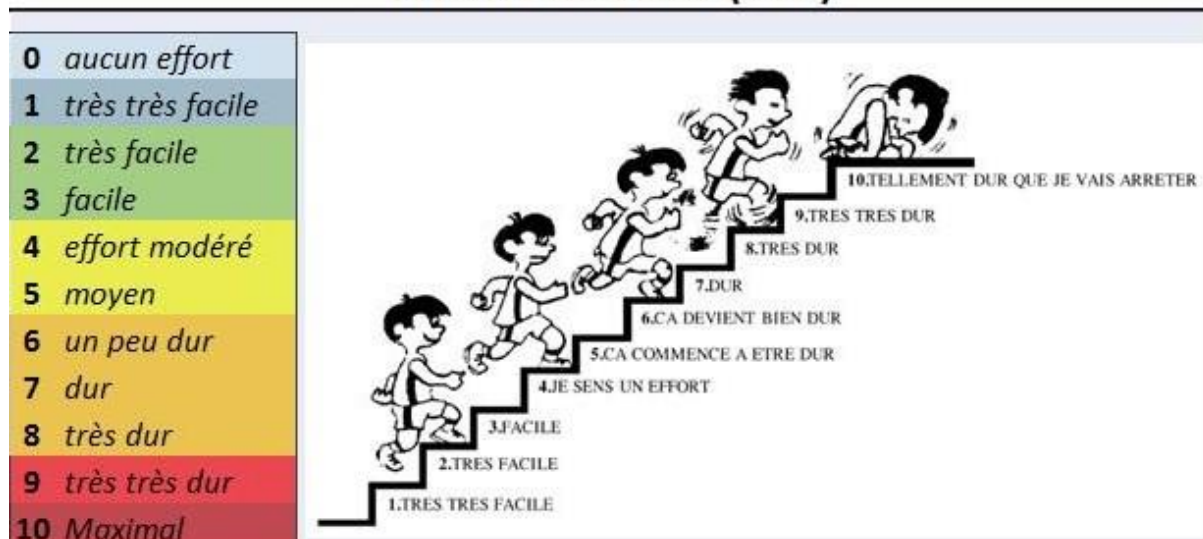
Jean-Luc TESSIER

Le 23 Septembre 2022

Délégué à la Protection des Données

Annexe 6 : Echelle de Borg et test de marche 6 minutes (TM6)

ECHELLE DE BORG (0-10)

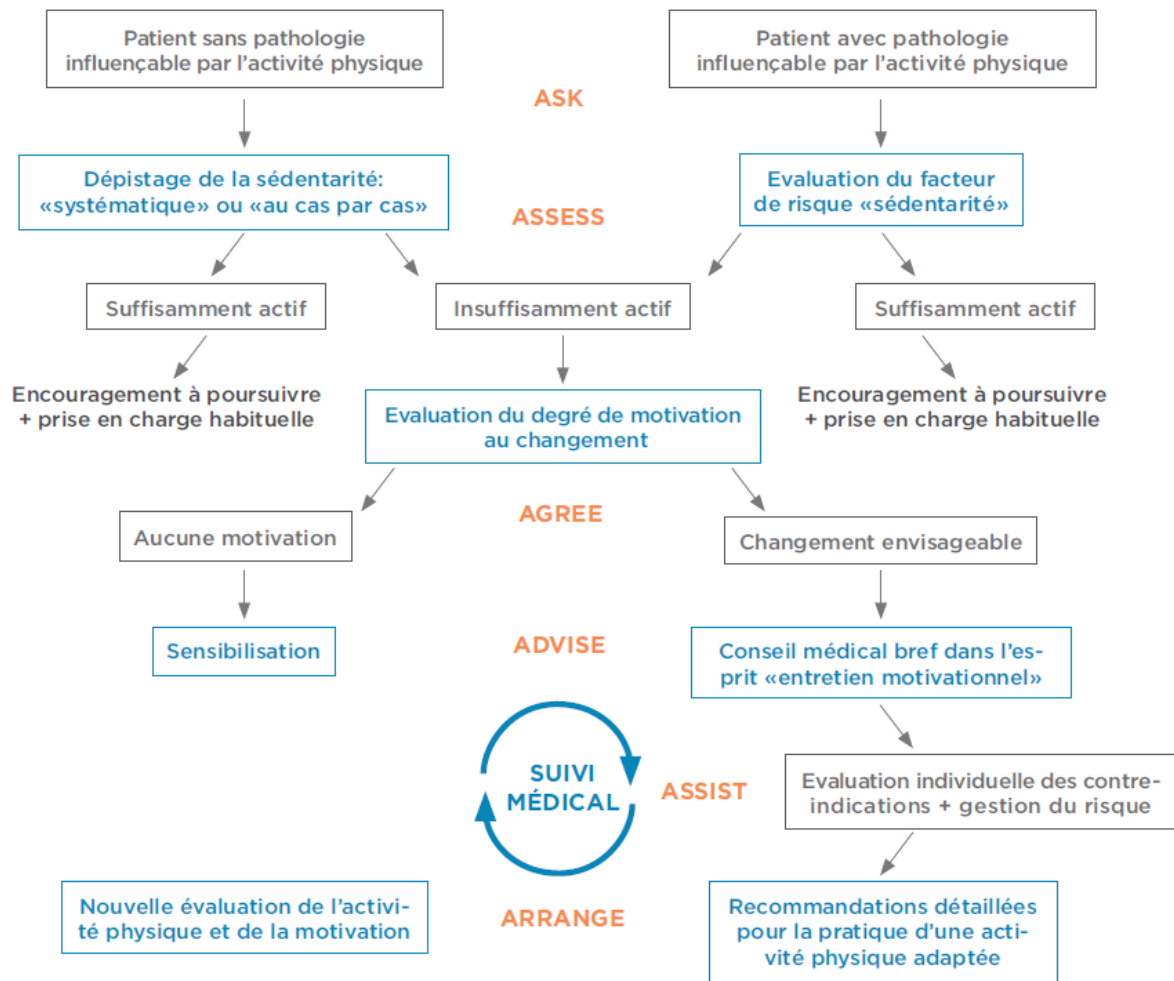


Distance en mètres	Le test 6 minutes marche			
	Bonne mobilité aucune limitation fonctionnelle	Limitation minime (82%)	Limitation modérée	Peu ou pas de mobilité Limitation sévère
femmes 60 à 69 ans	+ 530	De 425 à 530	De 150 à 425	Inférieur à 150 mètres
femmes 70 à 79 ans	+ 470	De 375 à 470	De 150 à 375	Inférieur à 150 mètres
hommes 60 à 69 ans	+ 580	De 465 à 580	De 150 à 465	Inférieur à 150 mètres
homme 70 à 79 ans	+ 520	De 415 à 520	De 150 à 415	Inférieur à 150 mètres

IRBMS

Source : IRBMS

Annexe 7 : Proposition d'algorithme de PEC par l'AP (source : PAPRICA)



ASK	Demander la permission d'aborder le sujet	
ASSESS	Durée	Comptabiliser seulement les sessions d'au moins 10 minutes consécutives
	Intensité	Légère Modérée Elevée
	Fréquence	Quotidienne Hebdomadaire Mensuelle
	Modalité	Marche Vélo Etc.
	Contexte	Déplacements Loisirs Activités professionnelles Travaux domestiques
ADVISE	Idéalement sessions ≥ 30 min A une intensité modérée 5 jours par semaine	
AGREE	Ce que le patient est prêt à faire	
ASSIST	Aide à la recherche de solutions Informations pratiques Utilisation d'un podomètre Etc.	
ARRANGE	Suivi lors d'une prochaine visite	

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Esprit

- Collaboration
- Evocation
- Autonomie

Principes

- Exprimer l'empathie
- Développer les divergences
- Rouler avec la résistance
- Soutenir l'efficacité

Outils

- Questions ouvertes
- Valorisation
- Ecoute réflexive
- Résumé

Buts

- Explorer l'ambivalence
- Susciter le discours-changement

AUTEUR : Nom : Crepin

Prénom : Arthur

Date de soutenance : 25 mai 2023

Titre de la thèse : La pratique de l'activité physique à but de santé en population générale : freins, leviers, et attentes des médecins généralistes des Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : activité physique, sédentarité, prévention, soins primaires

Résumé :

Contexte : La sédentarité est un problème de santé publique majeur lié aux modes de vie dans nos sociétés. Cela entraîne des conséquences médico-socio-économiques importantes, et qui sont maintenant bien connues. En revanche peu de travaux s'intéressent aux raisons de ce manque d'activité physique, les problèmes rencontrés sur le terrain, et les solutions proposées par les acteurs de première ligne. L'objectif de cette étude est donc de relever les freins, leviers et attentes des médecins généralistes concernant la pratique d'activité physique de leurs patients.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative. Les participants à l'étude devaient être titulaires d'un diplôme de médecine générale et exercer en cabinet libéral dans les Hauts-de-France. Le recueil de données a été réalisé par entretiens semi-dirigés.

Résultats : On retrouve de nombreux freins à la pratique d'activité physique dont les plus fréquents concernent la motivation du patient, le temps et l'aspect financier. Du côté du médecin, les problématiques sont plutôt d'ordre administratives avec les certificats médicaux, et relatives aux critères d'éligibilité du patient pour un dispositif donné, ainsi que son orientation. Pour pallier à ce problème, les médecins interrogés tentent d'adapter le tissu local et ont des attentes vis-à-vis des associations locales et des collectivités territoriales. Ils révèlent également l'importance d'adapter les messages motivationnels au profil du patient, et la nécessité d'un Plan Régional Sport Santé clair pour la suite de la prise en charge.

Conclusion : Il existe de nombreux freins à l'activité physique, qu'ils soient réels ou potentiels. Cela entraîne une nécessaire adaptabilité des solutions proposées par le médecin généraliste à son patient, parfois lui-même en attente de solutions pérennes de la part des différentes instances en charge sur le territoire.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Julien Girard

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jan Baran

Monsieur le Docteur Mustapha Khezami

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrick Bacquaert