

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Place du médecin généraliste d'un bassin de population du Pas-de-Calais
dans le maintien de l'activité physique chez des patientes ayant ou ayant eu
un cancer du sein.**

Présentée et soutenue publiquement le 23 mai 2024 à 16h
au Pôle Formation
par Clémence DALLE

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Asseseurs :

Monsieur le Docteur François QUERSIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Yoann MORVAN

AVERTISSEMENT

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

ABRÉVIATIONS

ALD	Affections longues durées
AP	Activité Physique
APA	Activité Physique Adaptée
ARS	Agence Régionale de Santé
BPCO	Bronchopathie Pulmonaire Chronique Obstructive
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
ERC	Espace Ressource Cancer
HAS	Haute Autorité de Santé
InCa	Institut National du Cancer
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
UTEP	Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient

Table des matières

AVERTISSEMENT	2
ABRÉVIATIONS	3
RÉSUMÉ	6
INTRODUCTION	7
1. Contexte.....	7
1.1. Quelques rappels et définitions	7
1.1.1. Le cancer du sein.....	7
1.1.2. L'activité physique adaptée (APA)	9
1.2 Intérêt de l'activité physique adaptée pendant et après traitement du cancer du sein	12
2. Objectifs	15
MATÉRIEL ET MÉTHODES	17
1. Design de l'étude.....	17
2. Population.....	17
3. Recueil de données.....	17
4. Analyse statistique	18
RÉSULTATS	19
1. Description de la population	19
2. Participation des patientes ayant un cancer du sein dans une structure d'APA	19
3. Place du médecin généraliste dans la prescription d'activité physique	21
3.1. Participation à la mise en place ou au maintien de l'activité physique.....	21
3.2. La prescription de soins de support.....	23
3.3 La place du médecin généraliste dans la prévention des cancers.....	24
4. Freins et difficultés ressentis par les médecins.....	26
DISCUSSION	28
1. État des lieux de la place du médecin généraliste dans la prescription d'AP.....	28
1.1. La prévention comme enjeu de santé publique	28
1.2. Connaissances des bénéfices de l'AP	31
2. Freins ressentis par les médecins généralistes à l'aide au maintien de l'AP chez des patients atteints de cancer du sein	33
2.1. La méconnaissance de réseaux existants	33
2.2. L'absence de formation	35
2.3. Le manque de temps de consultation.....	36
2.4. Le lien hôpital - ville	37
3. Perspectives d'amélioration	39
4. Limites et forces de l'étude	40

4.1. Forces de l'étude	40
4.2. Limites de l'étude	41
CONCLUSION	43
<i>Liste des tables</i>	<i>44</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>45</i>
<i>Références</i>	<i>46</i>
Annexes	49
Annexe 1 – Questionnaire de thèse	49
Annexe 2. Ordonnance type de prescription d'APA – journal officiel de la République Française, Ministère de la santé	51
Annexe 3. Exemple de structures du Boulonnais proposant du Sport-Santé	52

RÉSUMÉ

Contexte : Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et le premier responsable du nombre de décès par cancer. Le dernier Plan cancer 2014-2019 insiste sur l'importance de la pratique d'activité physique pendant et surtout après un cancer du sein car il a été prouvé que l'activité physique permet de réduire la mortalité globale et spécifique du cancer et permet la diminution de récurrence. Ainsi depuis 2016 le médecin généraliste (puis depuis 2022 tous les médecins), peut prescrire sur ordonnance de l'activité physique adaptée aux patients atteints de cancer dans le but d'améliorer entre autres la qualité de vie, la mortalité spécifique et les récurrences de cancers. Notre objectif est d'établir un état des lieux de la place du médecin généraliste dans le maintien de l'activité physique de leurs patientes atteintes de cancer du sein, de comprendre les freins et les améliorations possibles à la bonne promotion de l'activité physique.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive par auto-questionnaire diffusé de novembre 2023 à mars 2024 chez les médecins généralistes du secteur de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) installés en ville via internet (mails ou réseaux sociaux).

Résultats : Sur 66 médecins répondants, 55 (80%) sont d'accord pour dire que l'initiateur de l'activité physique doit être le médecin traitant mais 36 (55%) trouvent difficile de participer à la prévention tertiaire en favorisant l'activité physique après un cancer du sein. Seuls 12% des médecins interrogés (8 médecins) proposent l'activité physique adaptée comme soins de support aux patientes pendant un cancer et 23% (15 médecins) après un cancer. Les principaux freins retrouvés à cette bonne promotion d'activité physique sont la méconnaissance des réseaux existants, le manque de formation des médecins et le manque de temps en consultation.

Conclusion : Les médecins du Boulonnais semblent être investis et vouloir participer à la prévention tertiaire dans le cadre des cancers en favorisant l'activité physique, mais ne connaissent pas assez les modalités de prescription du sport sur ordonnance et les structures existantes. Ils sont demandeurs d'une meilleure formation et souhaitent améliorer leurs connaissances quant aux bénéfices de l'activité physique sur les cancers.

INTRODUCTION

1. Contexte

1.1. Quelques rappels et définitions

1.1.1. Le cancer du sein

En France, le cancer du sein représente le cancer le plus fréquent, avant le cancer colorectal et le cancer du poumon, et est celui qui provoque la plus haute mortalité par cancer chez la femme. En 2022, en France, on notait 61 000 nouveaux cas de cancers du sein, 12 000 décès par an et 14% de décès par cancer chez la femme était dû au cancer du sein (1). Plusieurs facteurs de risques ont été identifiés : les facteurs extrinsèques comme le mode de vie, la consommation d'alcool et de tabac, le surpoids, le manque d'activité physique et les facteurs intrinsèques tels que l'âge et les facteurs de risques liés aux antécédents personnels (cancers du sein, ovaire et/ou endomètre) et familiaux (cancer du sein, ovaire, prédisposition génétique au cancer du sein). (1)

Ce cancer est de meilleur pronostic grâce aux différentes avancées thérapeutiques qui ne cessent d'évoluer et grâce au dépistage du cancer du sein qui permet de diagnostiquer un cancer à un stade précoce de la maladie.

L'institut national du cancer indique que la survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge est passée de 80% pour les femmes diagnostiquées entre 1989 et 1993 à 87% pour celles diagnostiquées entre 2010 et 2015. (2)

La lutte contre les cancers de manière générale et le cancer du sein plus précisément est un enjeu majeur de santé publique, et celle-ci est soutenue en France par la création de plans nationaux, portés au plus haut niveau de l'État par le président de la République, dont l'objectif principal est de mobiliser les acteurs de santé publique autour de la prévention, du dépistage,

de l'organisation des soins, de la recherche, de l'accompagnement du patient et de ses proches pendant et après cancer. Ces Plans cancer sont actuellement au nombre de trois : un premier Plan cancer 2003-2007, un deuxième 2009-2013 et le dernier en date, le Plan cancer 2014-2019. (3) Ce dernier met l'accent sur l'importance de réduire les risques de séquelles et de seconds cancers avec, comme décrit dans l'objectif 8.6, l'ambition de promouvoir l'importance de l'activité physique (AP), chez les patients atteints de cancer.

Le dépistage s'organise par la proposition -et non l'obligation- de réaliser une mammographie pour les femmes âgées de 50 à 74 ans tous les deux ans, et permet d'éviter 100 à 300 décès pour 100 000 femmes participant de manière régulière au dépistage pendant 7 à 10 ans. Les femmes en âge de participer au dépistage reçoivent chez elle un courrier venant des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC). Cette mammographie est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie et réalisée par un radiologue agréé.

La place du médecin généraliste est très importante dans ce dépistage car celui-ci doit s'assurer que les patientes dans l'intervalle d'âge prévu ont bien reçu leur invitation et ont bien réalisé ce dépistage, et doit contrôler par la palpation mammaire qu'il n'y a pas d'argument clinique pour un début de cancer du sein. La palpation est donc faite chez toute femme à partir de 25 ans, une fois par an par le gynécologue ou le médecin généraliste, ou en autopalpation par la patiente elle-même qui au moindre doute en réfère à son médecin traitant. (1)

La place du médecin généraliste dans la prévention primaire -c'est à dire dans sa participation à la diminution de l'incidence du cancer du sein- est primordiale. Selon la Ligue nationale contre le cancer lors d'une enquête de 2010, 96% des médecins généralistes (sur les 565 médecins interrogés) disent s'investir pleinement dans le dépistage et la prévention du cancer du sein; mais pour 70% des médecins interrogés, la place du médecin généraliste dans la prise en charge de cancer -c'est à dire en prévention secondaire (en réduisant la prévalence de la maladie) ou tertiaire (en intervenant à n'importe quel stade de la maladie sur la diminution de la prévalence des incapacités chroniques, récurrences, complications, invalidités ou rechutes

consécutives à la maladie) n'est pas reconnue à sa juste valeur. Les causes évoquées sont un manque d'informations lors de la prise en charge thérapeutique, un manque de rémunération par rapport au temps passé, un manque de reconnaissance ainsi qu'un rôle limité (rôle « tampon ») qui ne permet pas d'implication profonde dans la prise en charge. La revue Pratiques et organisations des soins, sortie en 2009, indique qu'une grande part d'intervention des médecins généralistes se trouve dans la prévention tertiaire, dans la participation à la gestion des effets indésirables, dans le soutien psychologique et empathique, dans la prescription de l'activité physique adaptée dans le cadre de prescription de sport sur ordonnance.

1.1.2. L'activité physique adaptée (APA)

L'activité physique se définit selon l'OMS comme tout mouvement corporel produit par les cellules squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre. On considère que l'activité physique modérée ou soutenue a des effets bénéfiques sur la santé. Il est prouvé qu'une activité physique régulière facilite la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et plusieurs cancers. Elle contribue également à prévenir l'hypertension, à maintenir un poids corporel sain et à améliorer la santé mentale, la qualité de vie et le bien-être. (4)

L'activité physique adaptée se définit plus particulièrement d'après le décret du Code de santé publique 2016-1990 du 30 décembre 2016 article 1 comme : « la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire

les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences. » (5)

Les différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge dépendent du niveau de limitation à l'activité physique du patient classé en en 4 catégories (Table 1.) : aucune limitation, minime, modérée ou sévère correspondant respectivement à une limitation de fonction locomotrice : fonction neuromusculaire, fonction ostéoarticulaire, endurance à l'effort, force, marche.

Tableau 1. Domaine d'interventions des différents professionnels de la santé et du sport

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

Ainsi les recommandations actuelles de l'OMS (4) dans la population atteinte de cancer sont : consacrer au moins 150 à 300 minutes par semaine à une activité d'endurance d'une intensité modérée ou pratiquer au moins 75 à 150 minutes d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine ou pratiquer deux fois par semaine ou plus des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou supérieure qui sollicitent les principaux groupes musculaires.

Ces différents stades d'intensité légère, modérée et sévère sont définies ainsi :

Tableau 2. Classification des différentes intensités d'une activité physique

Intensité	MET (Metabolic Equivalent of Task)	Exemples
Faible	1,6 à 2,9	<ul style="list-style-type: none">· Marche < 5 km/h· Promener son chien· Conduite automobile
Modérée	3 à 5,9	<ul style="list-style-type: none">· Marche de 5 à 6,5 km/h· Montée d'escaliers à vitesse lente· Nage de loisir· Vélo à 15 km/h
Élevée	6 à 8,9	<ul style="list-style-type: none">· Montée rapide d'escaliers· Course de 8 à 9 km/h· Marche à 5 km/h sur une pente à 12%· Vélo à 20 km/h
Très élevée	≥ 9	<ul style="list-style-type: none">· Course de 9 à 16 km/h· Vélo > 25 km/h

Un MET (Metabolic Equivalent Tasks) est un équivalent métabolique qui correspond à la dépense énergétique au repos. Il permet de mesurer l'intensité de l'activité physique.

En 2024, nous avons d'ores et déjà un grand nombre d'études ayant permis de prouver les bienfaits de l'activité physique dans le cadre de pathologies cancéreuses.

Un rapport de 2017 de l'Institut national du cancer (7), l'InCa, établissait un rapport des connaissances actuelles sur ces bénéfices dans l'étude « Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer, des connaissances scientifiques aux repères pratiques » où il est montré qu'il existe un bénéfice de l'activité physique sur la prévention ou la correction d'un déconditionnement physique (réduction des capacités cardio-respiratoires et musculaires) ; un maintien et/ou une normalisation de la composition corporelle (proportion muscles/grasses notamment) ; une réduction de la fatigue liée aux cancers et une amélioration de la tolérance des traitements et de leurs effets à moyen et long termes ; un allongement de l'espérance de vie et une réduction du risque de récurrence. Ces bénéfices sont donc efficaces pour une activité d'intensité modérée à élevée au rythme de trente minutes cinq fois par semaine pour une pratique dite mixte c'est à dire cardio-vasculaire et renforcement musculaire. (6)

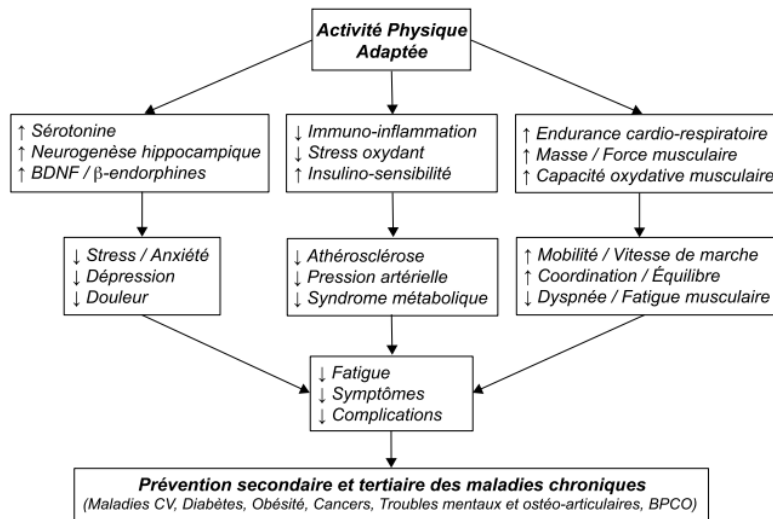


Figure 1. Schéma intégratif des effets bénéfiques de l'activité physique dans les maladies chroniques

Ainsi l'activité physique présente donc de nombreux bénéfices sur les patients atteints de cancer notamment en cours de traitements en permettant une meilleure gestion de la fatigue, de la faiblesse musculaire, de la capacité fonctionnelle mais aussi en termes de survie, de séquelles et de mortalité. (6) (Figure 1)

1.2 Intérêt de l'activité physique adaptée pendant et après traitement du cancer du sein

De nombreuses études ont pu être regroupées par l'InCa dans le rapport de 2017 cité précédemment. Celui-ci permettait de regrouper plusieurs méta-analyses permettant d'établir des liens entre AP et mortalité globale et spécifique et risque de récurrence avant ou après diagnostic de cancer du sein. (7)

*Avant diagnostic de cancer du sein, la méta-analyse Ibrahim (8), 2011, regroupait 3 études montrant qu'il existe une baisse de la mortalité globale de 18% alors que les résultats concernant la mortalité spécifique ne passaient pas les seuils de significativité.

La méta-analyse Schmid, 2014, regroupait 13 études permettant de comparer les niveaux les plus haut d'AP par rapport aux niveaux les plus bas et montrait une diminution de la mortalité

globale de 23%, avec une mortalité spécifique de 23% ; cette méta-analyse établissait une relation dose/réponse c'est à dire une diminution de la mortalité globale et spécifique pour une augmentation de 5, 10 ou 15 MET.h/semaine.

La méta-analyse Lahart, (9), 2015, confirme ces résultats et montre une réduction de 18% de la mortalité globale (en comparaison aux niveaux les plus hauts d'activité avec les niveaux les plus bas) ; 23% de mortalité spécifique et montrait une réduction de 28% du risque de survenue d'événements carcinogéniques du sein comme sa progression, l'apparition de second cancer ou la récurrence de cancer du sein.

*Après le diagnostic de cancer du sein, la méta-analyse Ibrahim, 2011, regroupait 4 études montrant qu'une pratique d'AP après diagnostic de cancer du sein permettait une réduction de la mortalité globale de 41%, et de la mortalité spécifique de 34%, une réduction du risque de récurrence de 24%.

La méta-analyse Schmid, (10) 2014 regroupait 4 études qui établissaient une comparaison entre niveaux les plus élevés d'AP et les niveaux les plus bas montrant une réduction de la mortalité globale de 48% et de la mortalité spécifique de 28% ; avec une relation dose/réponse.

Le projet « After breast cancer pooling project » (11) publié par Beasley en 2015, montrait qu'il existait une réduction de la mortalité globale de 27% et de la mortalité spécifique de 25% pour la pratique d'AP en post-diagnostic à plus de 10 MET.h/semaine.

Ainsi, pratiquer une AP avant et/ou après le diagnostic de cancer du sein permet une meilleure survie globale et spécifique, diminue le risque de récurrence, et ce, d'autant plus si l'AP est pratiquée après le diagnostic. Il existe un effet positif d'autant plus important que le niveau d'AP est important, avec un seuil significatif de 5 MET.h/semaine. (12)(13)

Dans le Breast Journal, un article publié le 19 novembre 2022 (13) montre toute la difficulté pour les patientes à maintenir cette activité physique : moins de la moitié des femmes

diagnostiquées d'un cancer du sein pratiquent encore de l'activité physique un an après le début du traitement adjuvant. Ainsi on comprend l'importance de promouvoir l'activité physique dès le diagnostic, de cancer du sein établi, tout au long de la phase de traitement et pendant la première année après le diagnostic afin d'améliorer la santé mentale et la qualité de vie.

Le médecin généraliste est donc l'un des acteurs principaux dans la promotion de cette AP. En France la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 précise que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ».

En 2022, cette loi est révisée et permet la prescription à l'ensemble des médecins. Selon l'HAS (14), en France il existe 5 freins majeurs à la prescription d'AP par le médecin traitant :

- le manque de connaissances concernant l'AP et ses impacts sur la santé ;
- ses craintes vis-à-vis des risques d'évènements cardio-vasculaires graves liés à la pratique d'une AP, en particulier chez les personnes fragiles ou atteintes de maladies chroniques ;
- l'absence de recommandations sur les modalités de consultation et de prescription médicale d'AP ;
- l'absence de parcours de santé structurés pluri-professionnels centrés sur la prescription d'AP ;
- le coût pour le patient de cette AP prescrite.

A ce jour, mais cela est en cours de révision au parlement, l'assurance maladie ne rembourse pas ces séances d'APA, sauf pour les ALD, mais certaines mutuelles/complémentaires santé et certaines collectivités territoriales peuvent le faire.

Il existe selon l'HAS 4 niveaux de prescription d'activité physique : le niveau 1 correspond à la rééducation et réadaptation ; le niveau 2 correspond à l'APA pour les patients qui n'ont pas un niveau suffisant d'AP mais qui ne sont pas autonomes pour la pratiquer ; le niveau 3 est

l'activité physique encadrée « sport-santé » pour les patients plus autonomes qui n'ont pas besoin d'un programme personnalisé dans des structures agréées ; le niveau 4 est l'activité physique ou sportive en autonomie.

La prescription d'APA par le médecin généraliste est justifiée selon l'HAS pour les patients atteints d'une maladie chronique pour laquelle l'APA a montré des bénéfices, ainsi que pour les patients qui ne respectent pas les recommandations OMS sur les niveaux d'AP bénéfiques pour la santé dans le cas où ces patients sont d'accord à modifier leur style de vie et pratiquer plus d'activité physique.

Le médecin peut s'aider d'un questionnaire rapide : le questionnaire Q-AAP+ en 7 questions concernant l'aptitude à l'activité physique du patient désirant s'engager dans une AP. Cette évaluation médicale minimale comprend une estimation de l'intensité de l'AP, une estimation du niveau habituel d'AP et de sédentarité du patient, une évaluation du risque de survenue d'un accident cardio-vasculaires potentiellement grave lié à l'AP, une estimation des risques à la pratique d'une AP, une estimation de l'état de motivation du patient. Au terme de ces questionnements, le médecin peut renforcer la motivation du patient à pratiquer et prescrire de l'AP, ou l'orienter à une consultation médicale d'AP si le médecin le juge nécessaire.

La prescription peut se faire sur une ordonnance type (Annexe 1.) proposée par l'HAS. On y prescrit 4 objectifs : le renforcement musculaire, le travail d'endurance -c'est à dire améliorer les capacités cardio-respiratoires- la proprioception et les étirements. La durée est souvent de trois mois à renouveler, à raison de 3 séances par semaine de 60 minutes.

2. Objectifs

Dès lors, on peut comprendre que la pratique d'une activité physique pendant et après l'apparition d'un cancer du sein est un objectif de santé publique majeure. Le médecin généraliste est l'un des acteurs principaux de sa bonne promotion et se doit d'en informer ses patients, d'établir un état des lieux de cette activité physique, d'entretenir la motivation et

d'engager les patients dans une structure d'activité physique adaptée afin de réduire le risque de mortalité globale, spécifique du cancer du sein, et de réduire la récurrence.

Il existe en France différentes structures proposant de l'activité physique adaptée gérées ou créées par exemple par la Fédération Française Sport pour Tous ; la FFEPGV (Fédération Française de l'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire) ; des associations locales de patients, des réseaux sport santé bien-être ; des ARS ou de la DRAJES (Délégations Régionales Académiques à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports). Ces structures recensent et mettent à disposition du public les offres d'activités physiques adaptées disponibles.

La région des Hauts-de-France et particulièrement le département du Pas-de-Calais -62, a la chance d'être riche en différentes structures proposant de l'activité physique adaptée aux différentes pathologies chroniques et notamment dans le cadre du cancer du sein. Il existe de nombreux réseaux comme les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), des ERC (Espaces Ressources Cancer), des UTEP (Unité Transversale d'Éducation du Patient). La richesse de ces structures doit permettre de faciliter l'accès et donc le maintien de l'activité physique chez les patientes atteintes de cancer du sein, dans le cadre de prévention tertiaire, orientées donc par le médecin traitant. Cependant les médecins du Pas-De-Calais connaissent-ils ces structures, utilisent-ils ces réseaux, arrivent-ils à orienter les patientes ?

Ainsi l'objectif principal de notre thèse est d'évaluer la place du médecin généraliste dans le maintien de l'activité physique chez des patientes ayant ou ayant eu un cancer du sein.

Il s'agit de comprendre les connaissances actuelles des médecins généralistes face à l'importance de la prescription d'activité physique dans le cadre du sport-santé et de comprendre quels en sont les freins ; pour finalement proposer des outils accessibles aux médecins afin d'orienter et de promouvoir au mieux l'activité physique chez les patientes ayant ou ayant eu un cancer du sein.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Design de l'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle descriptive par auto-questionnaire.

2. Population

La population étudiée était les médecins généralistes exerçant en cabinet de ville dans le Pas-De-Calais (médecins installés), dans l'agglomération de Boulogne-Sur-Mer. Le questionnaire a ainsi été envoyé à 160 médecins généralistes environ.

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat. Les médecins généralistes ont été contactés à l'aide des réseaux des CPTS ayant un répertoire de médecins généralistes du secteur ; de maisons médicales de gardes ou encore de répertoires téléphoniques de médecins généralistes.

3. Recueil de données

Les données ont été recueillies, de manière anonyme, par l'intermédiaire d'un questionnaire rapide (Annexe 2) (moins de 10 minutes) établi à l'aide du logiciel Google Doc.

Ceux-ci ont été diffusés entre le 06 novembre 2023 et le 06 mars 2024 avec 2 relances à la CPTS Opale-sud, 2 relances sur le répertoire téléphonique des médecins généralistes du Boulonnais.

Le questionnaire se déroulait en deux parties : les connaissances sur l'importance de l'activité physique chez des patients atteints de néoplasie, et l'implication du médecin généraliste dans le suivi des patientes ayant rejoint un réseau d'oncologie.

A noter que certaines questions étaient à réponse unique, d'autres multiples et certaines permettaient de répondre « autre » invitant à ajouter une réponse personnalisée.

4. Analyse statistique

Les données ont été exportées à partir du logiciel Google Doc. L'analyse des données de l'étude est uniquement descriptive. Les moyennes et les pourcentages ont été calculés pour les données quantitatives.

RÉSULTATS

1. Description de la population

66 médecins ont répondu, sur 160 questionnaires envoyés. Tous les questionnaires étaient complets et l'intégralité de ceux-ci ont été retenus dans l'étude, générant donc un taux de réponse de 41%.

2. Participation des patientes ayant un cancer du sein dans une structure d'APA

Dans notre étude nous nous sommes intéressés à savoir si les médecins généralistes du Boulonnais avaient connaissance de la participation des patientes ayant ou ayant eu un cancer du sein à un programme d'APA que ce soit dans une structure appartenant à l'hôpital ou dans une structure extrahospitalière de type ERC, maison sport-santé, dans une structure avec remboursement de la sécurité sociale ou mutuelle. En tout et pour tout, 4 médecins sur 10 ne savent pas si leur patiente a intégré un programme d'APA. Pour ceux qui en ont connaissance, les médecins semblent être plus informés lorsque la prise en charge est extrahospitalière qu'hospitalière. 2 médecins ont relaté la participation de patientes à l'hôpital.

Concernant la participation dans un centre hospitalier à un programme d'APA, 17 médecins sur les 66 répondants, soit 26% d'entre eux, ont eu connaissance qu'au moins une de leur patiente y avait participé et quand tel a été le cas, le retour qu'ils en ont eu du programme s'est fait par majoritairement par la patiente directement. (Figure 2)

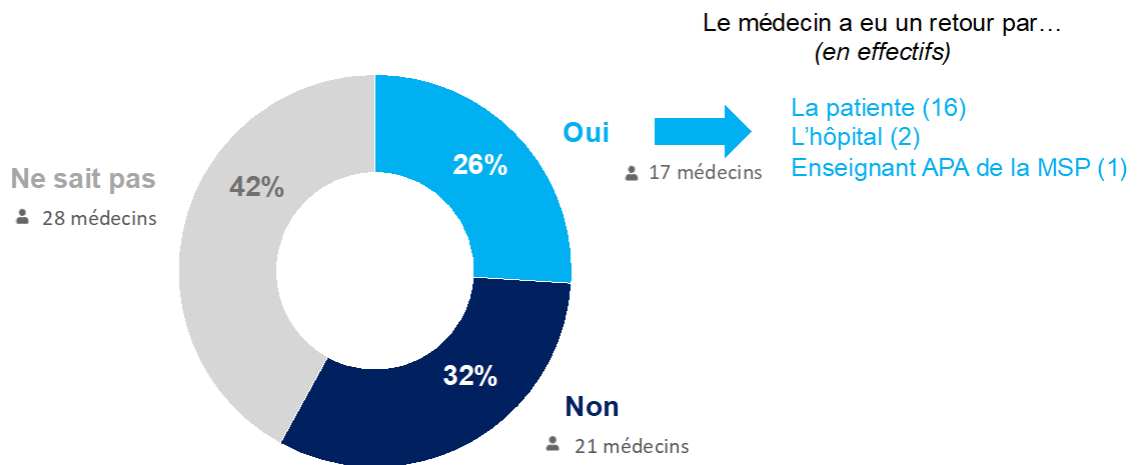


Figure 2. Participation des patientes à un programme d'APA en milieu hospitalier

Concernant la participation dans une autre structure qu'un centre hospitalier, pour la majorité, les patientes sont prises en charges dans des espaces de ressources cancer (15%) ou sont orientées en structures grâce au sport sur ordonnance (14%). Les autres ressources connues sont les programmes d'APA remboursés par la sécurité sociale ou les mutuelles (12%), ou via les maisons sport-santé. D'autres médecins ont renseigné la participation de patientes au groupe des « Dragon ladies » qui propose du sport santé aux patientes atteintes de cancer du sein (Figure 3.)

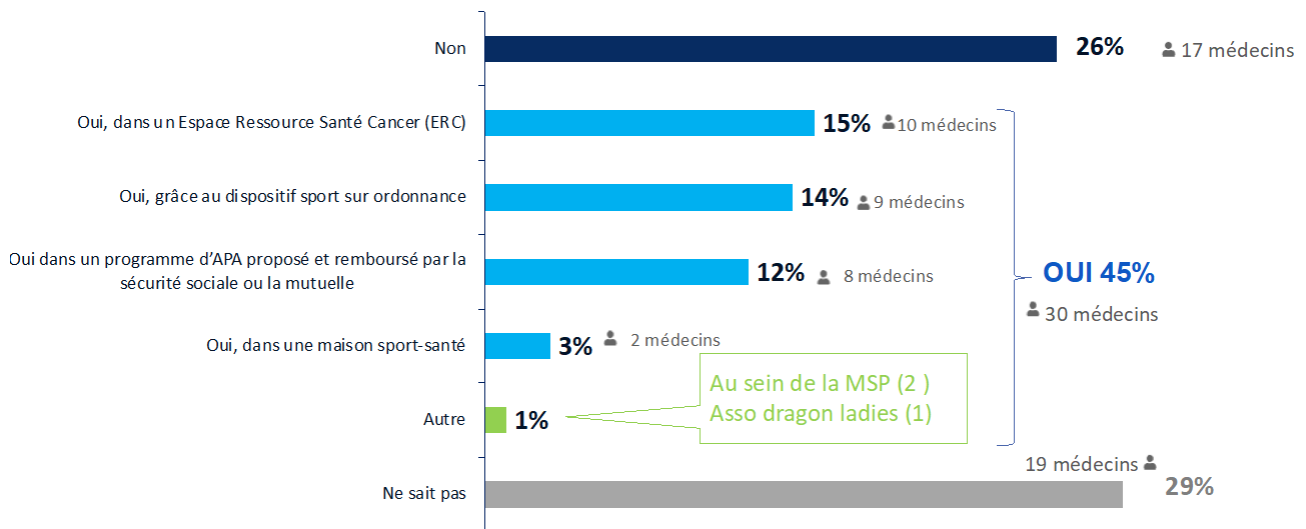


Figure 3. Participation à un programme d'APA dans d'autres structures

3. Place du médecin généraliste dans la prescription d'activité physique

3.1. Participation à la mise en place ou au maintien de l'activité physique

Concernant la question de la participation à la mise en place ou au maintien de l'activité physique chez des patientes atteintes de néoplasies (c'est à dire tous cancers confondus), on constate que les médecins généralistes pensent y participer activement : 55 médecins sur les 66 interrogés, soit 83 % : pour la plupart (44%, soit 29 médecins) en faisant la promotion de l'activité physique lors d'un entretien motivationnel ou en consultation ; ou pour 27 d'entre eux, soit 41%, en prescrivant de l'AP ; et 26 médecins soit 39% en orientant les patientes dans des structures adaptées. (Figure 4.)

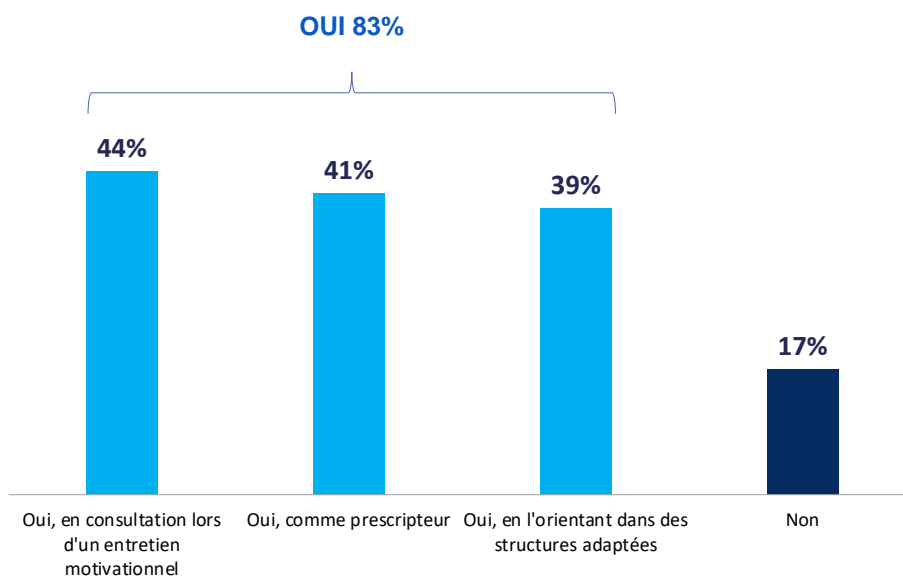


Figure 4. Participation à la mise en place et au maintien de l'AP des médecins généralistes

Nous avons demandé aux médecins qui selon eux devait être à l'initiative de la prescription d'AP : ils avaient plusieurs choix possibles de réponses car l'initiative peut revenir à l'oncologue mais peut aussi au même plan être de la responsabilité du médecin généraliste ou d'un autre médecin. Pour 57 médecins soit 86% d'entre eux, ce rôle revenait à l'oncologue, pour 80% au médecin généraliste et pour 35% à un médecin de soins de support. (Figure 5.)

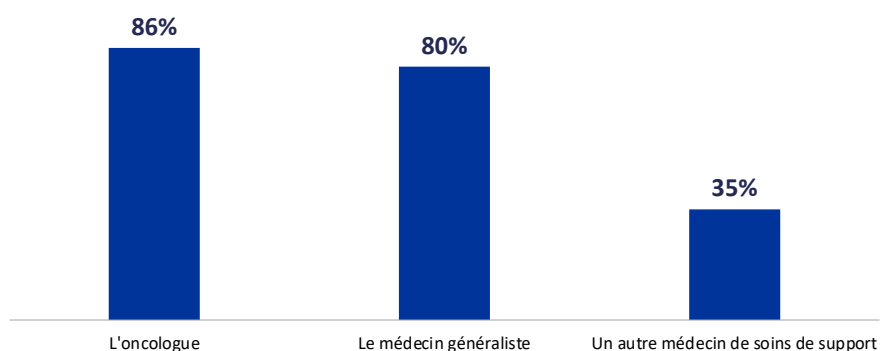


Figure 5. Pourcentage de médecins pensant que l'initiative de prescription d'AP revient à l'oncologue et/ou au médecin généraliste et/ou à un autre médecin

3.2. La prescription de soins de support

Les patientes atteintes de cancer peuvent recevoir des soins de support prescrits par les médecins afin de mieux appréhender leur maladie. Sur les 66 médecins répondants, 5 ne prescrivaient pas de soins de supports. Parmi les 61 qui en prescrivaient, 52 médecins ont déjà été à l'initiative de prescriptions de soins de supports, et 48 médecins ont déjà été sollicités par la patiente elle-même pour prescrire des soins de support.

La majorité d'entre eux proposent et prescrivent de la kinésithérapie : pour 86% soit 57 médecins sur 66 pendant le traitement, et le prescrivent d'autant plus après traitement : 92 % (61 médecins).

Suit ensuite la prescription de soutien psychologique aux patientes (rendez-vous avec une psychologue ou avec une sophrologue): pour 67% (44 médecins) d'entre eux avant traitement et 71% (47 médecins) après.

Le troisième soin de support le plus prescrit en cours et après traitement est le suivi avec une diététicienne : respectivement 32% (21 médecins) et 23% (15 médecins).

Concernant la prescription d'activité physique adaptée, celle-ci est proposée par 8 médecins parmi les 66 interrogés soit pour 12% d'entre eux avec pour les patientes en cours de traitement, avec une légère majoration de prescription après traitement : 23% (15 médecins).

5 médecins (8%) ont répondu ne pas proposer de soins de support aux patientes en cours de traitement, et 3 médecins (5%) après traitement. (Figure 6.)

Il n'y a pas d'écarts significatifs entre en cours et après traitement

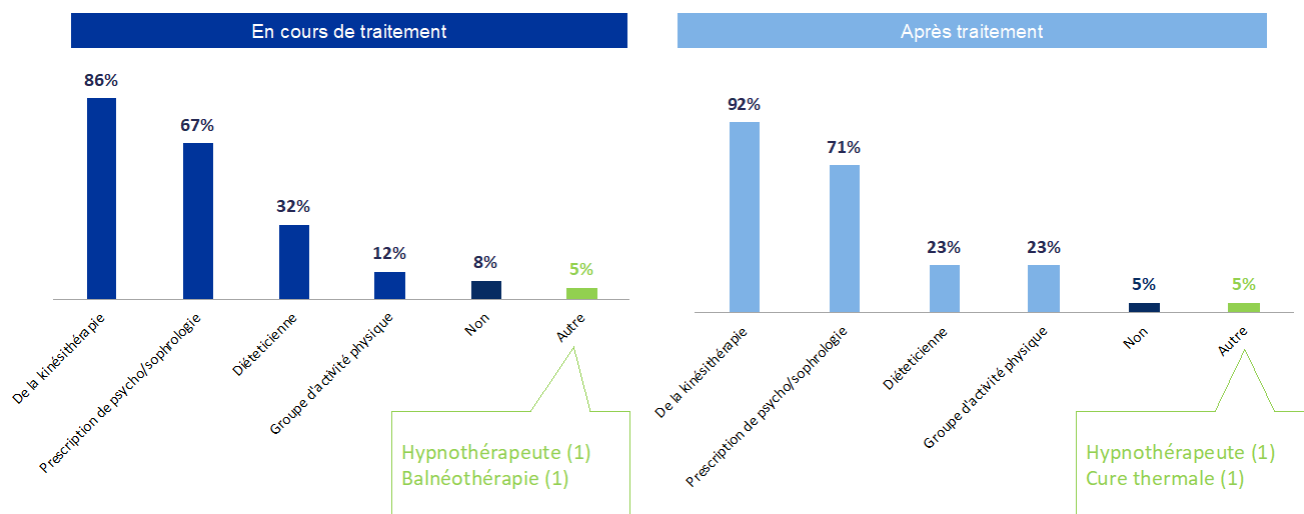


Figure 6. Prescription de soins de support en cours / après traitement d'un cancer

3.3 La place du médecin généraliste dans la prévention des cancers

Les médecins ont été interrogés sur leur participation à la prévention de l'AP en cancérologie - je prescris de l'AP en prévention des cancers : 77% d'entre eux disent participer à la prévention primaire.

Pendant un cancer je propose de faire de l'AP -c'est de la prévention secondaire : 73% l'encourage.

Après un cancer, j'encourage à faire de l'AP afin de diminuer les récurrences de cancer -c'est de la prévention tertiaire : 71% soit 47 médecins sur 66 le proposent.

Les connaissances sur les bénéfices de l'AP sur les cancers montrent que les médecins sont unanimes (100%) sur l'importance de l'AP sur l'amélioration de la santé mentale du patient, 77% pensent que cela améliore l'espérance de vie, 71% que cela diminue les effets indésirables des traitements, 35% pensent que cela permet une perte pondérale, 21% pensent

que cela permet de réduire les récurrences de cancer et 6% pensent que l'AP peut majorer une asthénie. (Figure 7.)

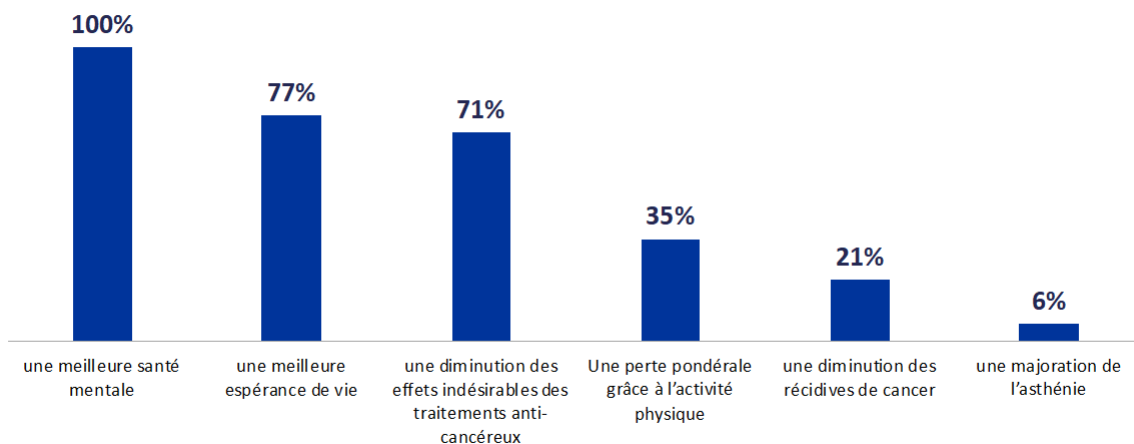


Figure 7. Bénéfices de l'AP sur le cancer

4. Freins et difficultés ressentis par les médecins

Pour 36 médecins, soit 55%, il est jugé difficile de participer à la prévention tertiaire en ce qui concerne la prescription d'AP après un cancer. Parmi ces 36 médecins 78 % d'entre eux relatent une méconnaissance des réseaux existants, un manque de formation sur ce sujet (47%), un manque de temps de consultation dédié (47%), une perte de vue du patient une fois rentré dans un réseau de prise en charge oncologique (41%) et pour 8% des médecins interrogés, il existe une hésitation à en parler du fait de l'antécédent de cancer de la patiente. (Figure 8.)

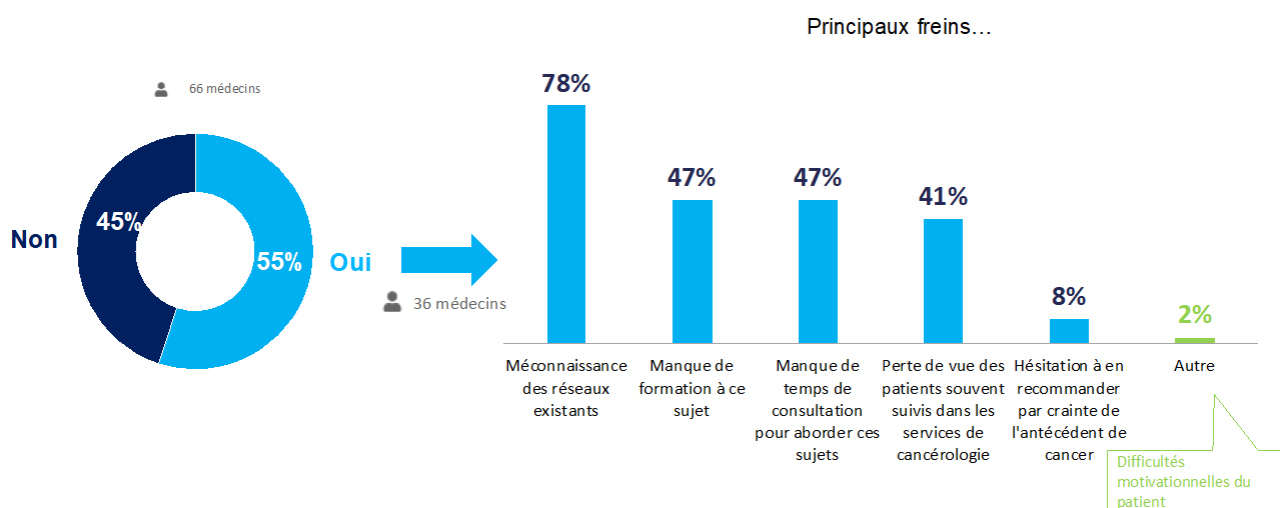


Figure 8. Difficulté à faire de la prévention tertiaire et explications des principaux freins

A noter que 77% des médecins interrogés se jugent compétents pour prendre l'initiative de faire un certificat de non contre-indication au sport chez un patient atteint de néoplasie sans avis au préalable d'un oncologue ou spécialiste.

De plus, 56 médecins parmi les 66 répondants soit 85%, trouvent qu'il existe un manque d'outils en ville afin de maintenir l'AP. Parmi eux, ce manque pourrait être compensé selon 75% des médecins par l'amélioration des connaissances de réseaux de prises en charge, ou par une amélioration de la communication entre hôpitaux et médecine de ville (pour 73% d'entre eux).

Pour 65%, proposer des ordonnances types de prescriptions permettrait d'améliorer la bonne promotion de l'AP et pour 60% des médecins, les oncologues pourraient préciser dans leur courrier de sortie adressés aux médecins traitant des règles d'aides au maintien de l'AP.

Des propositions de formation intéressent 48% des médecins interrogés. Certains médecins ont proposé aussi de favoriser la sensibilisation à l'AP des médecins lors des campagnes octobre rose ou encore d'intégrer systématiquement l'AP dans les protocoles de soins (cf. figure 9 « autre »). (Figure 9.)

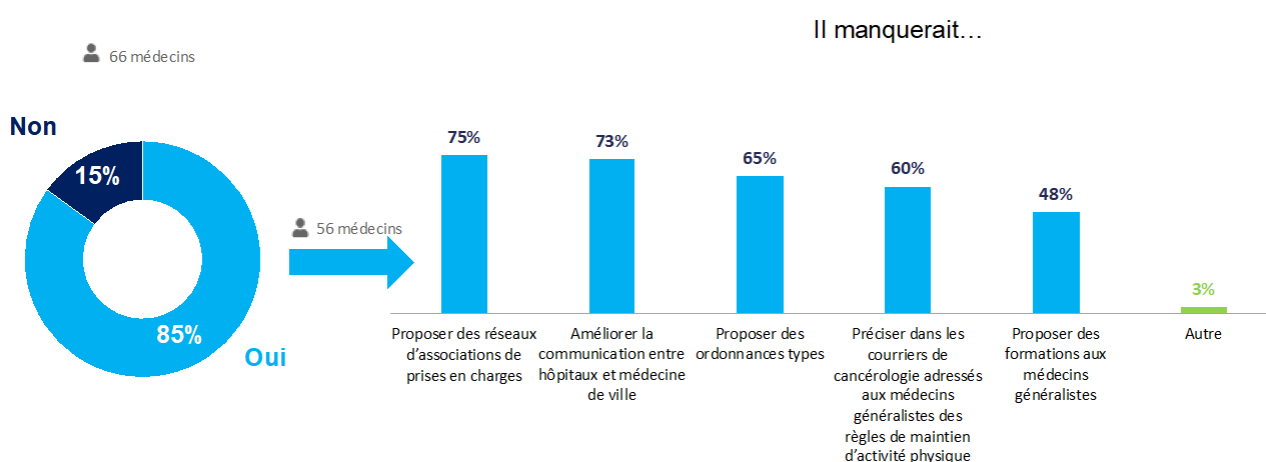


Figure 9. Manque d'outils pour le maintien en ville de l'AP et proposition de compensation

DISCUSSION

1. État des lieux de la place du médecin généraliste dans la prescription d'AP

1.1. La prévention comme enjeu de santé publique

On sait que faire de l'activité physique permet d'éviter la sédentarité, facteur de risque majeur de nombreux cancers notamment du cancer du sein (15)(16). Et plus une patiente pratique avant tout cancer de l'AP, mieux elle réussira à maintenir cette AP après cancer (17)(18)(24). Ainsi le rôle du médecin généraliste en prévention primaire aura un impact sur la facilité à promouvoir l'AP après un cancer.

Dans notre étude nous constatons que la prescription de l'activité physique adaptée est placée en 4^e position dans la prescription de soins de support en oncologie, après la prescription de kinésithérapie, de consultation avec un psychologue/sophrologue ou encore de prise en charge diététicienne. Seuls 8 médecins sur les 66 interrogés, soit 12%, prescrivent de l'activité physique adaptée chez leur patiente pendant le traitement du cancer, et 23% après traitement.

Cette différence de taux de prescription entre avant et après traitement peut être expliquée par ce qui sera décrit plus tard, une réticence à la proposition d'APA pendant un traitement : il existe une réelle peur de majorer une asthénie, la peur de l'antécédent de cancer comme maladie invasive et la peur du traitement nocif pour le corps. La prescrire après traitement peut sembler plus facile et moins risqué une fois la patiente sortie du protocole d'oncologie. Pendant le traitement, le médecin généraliste a souvent une place plus lointaine dans le suivi de la patiente et n'ose parfois pas ajouter de recommandations ou de prescriptions quand la patiente est dans le réseau d'oncologie et prise en charge par des spécialistes du cancer.

Dans la littérature, notamment dans la thèse de Louette-Kowalski (19) de 2016 en Picardie, plus de la moitié des médecins qui étaient interrogés sur la prescription de soins de support

disaient ne prescrire que « parfois » de la kinésithérapie ou d'autres soins de support autre que l'activité physique adaptée, et les médecins interrogés proposaient pour 41,2% « parfois » ou pour 39,7% « jamais » de l'AP chez les patients ayant un cancer malgré une volonté importante des médecins généralistes d'être impliqué dans le suivi des patients atteints de cancers.

On remarque donc qu'entre 2016 et 2024, certains soins de support sont valorisés comme la kinésithérapie : soit peut-être par meilleur accès dans le Pas-de-Calais qu'en Picardie, soit parce que la prescription de kinésithérapie est pour le médecin une façon d'orienter le patient dans une activité de rééducation de manière moins intense en termes de dépense énergétique et donc de fatigue, que par l'APA. La kinésithérapie aide à la rééducation musculo-squelettique et pourra intervenir via des protocoles précis sur un problème ciblé, ce qui peut paraître trop général lorsque l'on parle d'AP : le médecin par habitude peut se dire qu'il est plus facile de prescrire de la kinésithérapie, ciblée sur un trouble précis, plutôt que de l'AP qui est plus vaste. De plus, la prescription d'APA dans les soins de support de cancers ne datant officiellement que de 2016, les médecins formés avant 2016 ont reçu une formation théorique qui encourageait fortement la prescription de kinésithérapie pour un grand nombre de pathologies chroniques : cela peut expliquer qu'ils n'aient pas encore intégré dans leurs pratiques la prescription d'APA.

La prescription de consultation avec un psychologue est elle aussi largement proposée que ce soit dans notre étude ou dans d'autres articles afin de participer à l'amélioration de la santé mentale pendant un cancer.

Dans une étude sur les pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes (20), il était montré que bien que le médecin généraliste se sentait globalement efficace, un médecin sur quatre seulement se disait satisfait du rôle qu'il jouait dans la prévention. Il se sentait efficace dans les messages délivrés au patient mais estimait qu'il pouvait mieux faire. Dans notre étude la place du médecin généraliste dans la prévention des cancers via l'AP semble plus importante mais n'atteint pas encore les 100% : 77% des médecins disent faire de

la prévention primaire, 73% de la prévention secondaire et 71% de la prévention tertiaire. Nous verrons plus loin que plusieurs éléments peuvent l'expliquer.

Concernant la prescription en tant que telle de l'APA, en 2021, l'InCa publie une étude sur la prescription des médecins généralistes : 88% des médecins avaient entendu parler du dispositif de prescription d'APA mais 41% disaient l'utiliser pour leurs patients en ALD. (21) Ce taux est similaire dans notre étude, 41% des 55 médecins qui disaient participer à la mise en place, ou au maintien de l'AP étaient prescripteurs. Avant de prescrire l'APA, ils doivent évaluer la condition physique du patient lors de l'évaluation médicale initiale avant de la prescrire sur l'ordonnance. Cette évaluation médicale mériterait une consultation dédiée. Or dans la littérature on constate que 63,9% des médecins ne font jamais ou rarement de consultations dédiées à l'AP.(22) Les médecins parlent plus facilement d'AP avec leur patiente à l'occasion de la rédaction d'un certificat de non contre-indication à une AP, et même si moins de médecins ne la prescrivent que ne la proposent, établir une ordonnance écrite plutôt que de donner un conseil oral a plus d'impact sur le patient. (21) En effet dans une étude de 2016 dans le département des Yvelines, les patients de 9 cabinets étaient interrogés : 80,2% d'entre eux avaient été incités à participer à un programme d'APA et 67,4% d'entre eux pensaient que le prescrire renforcerait leur motivation.

D'ailleurs dans notre travail, 77% (51 médecins) des médecins interrogés étaient d'accord pour faire un certificat de non contre-indication à un sport ; mais concernant la prescription d'APA, 27 se disaient prescripteurs alors que 80% des médecins estiment que l'initiateur de l'AP doit être le médecin généraliste. Cela révèle une volonté de participation mais un manque d'action véritable dans la prescription. Les freins qui seront cités par la suite peuvent expliquer ce manque de passage à l'acte.

La valorisation de la prescription écrite du sport-sur ordonnance doit donc être améliorée. Il existe des ordonnances pré-remplies faciles à utiliser qui devraient être plus accessibles et que les médecins pourraient avoir au cabinet comme les autres formulaires Cerfa. (Annexe 2.)

Il s'agit maintenant de comprendre où en sont les connaissances actuelles des médecins et les réticences à promouvoir l'AP.

1.2. Connaissances des bénéfices de l'AP

Les médecins généralistes connaissent-ils vraiment les effets bénéfiques de l'AP sur les cancers ou y-a-t'il encore de fausses croyances ? Dans le guide de la HAS validé par le Collège en juillet 2022 (14) sur la consultation et prescription médicale d'AP à des fins de santé chez l'adulte, le premier frein identifié est le manque de connaissances concernant l'AP et son impact sur la santé.

Nous les avons interrogés notamment sur l'importance de l'AP sur les cancers et il semble évident à l'unanimité que l'AP joue un rôle bénéfique sur la santé mentale. Les médecins semblent au clair quant à la meilleure espérance de vie et la diminution des effets indésirables des traitements (respectivement 77% et 71%), mais concernant la diminution des récurrences de cancer, seul 21% des médecins semblent connaître cette donnée et l'on retrouve quand même encore 6% d'entre eux qui pensent que proposer de l'AP pendant un cancer majore l'asthénie.

Or dans une étude de 2019 (22) des besoins des connaissances de médecins en Ile-de-France sur la prescription d'AP, on se rend compte que la proportion des médecins estimant un bénéfice de l'AP sur les cancers n'était pas à 100% mais plutôt à 78%. (Figure 10.)

Ainsi il semble y avoir une progression des connaissances des bénéfices de l'AP sur les cancers.

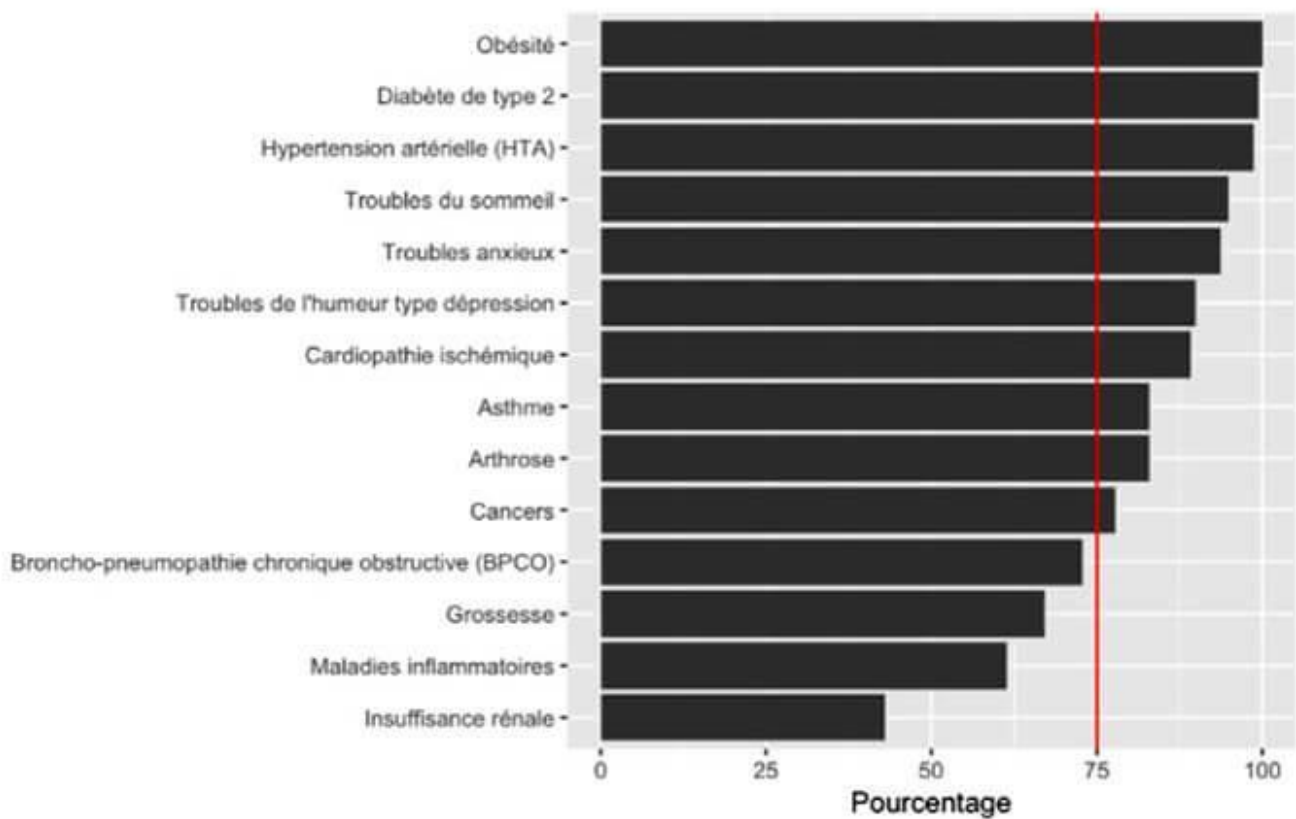


Figure 10. Proportion des médecins estimant un bénéfice possible de l'APA par pathologie

Concernant les croyances sur l'asthénie pendant les cancers : selon le rapport de mars 2017 de l'Institut national des cancers (7), il existe des arguments probants pour dire que l'AP permet de réduire la perception de la fatigue liée au cancer, en particulier sur le cancer du sein. L'amélioration est montrée aussi bien dès le début des traitements que dans les suites. (23)(24) Il est très important que l'ensemble des médecins soient mieux informés sur ce critère d'asthénie. Sur les 66 médecins, encore 4 pensaient majorer l'asthénie en prescrivant l'AP et 8% révélaient une crainte du fait même de l'antécédent de cancer, comme s'il était dangereux sur un corps meurtri par la maladie ou le traitement de faire de l'activité physique, fausse croyance encore relevée.

Ainsi pour résumer, l'AP a comme principaux bénéfices : une correction du déconditionnement physique, un impact sur la composition corporelle, des bénéfices métaboliques et hormonaux,

un impact sur l'immunité et l'inflammation, un impact sur la qualité de vie, sur les effets indésirables des traitements, sur la survie et le risque de récurrence. (14)

Ces informations scientifiques doivent être largement connues de l'ensemble des médecins généralistes pour que ces fausses croyances sur la majoration d'une asthénie, ou la méconnaissance de la diminution des récurrences soient évitées : lors des études de médecine, pendant le cursus universitaire, il faudrait renforcer les formations en cancérologie, notamment en termes de soins de support existants et renforcer la théorie sur les différents bénéfices de l'AP sur les cancers. On pourrait même proposer de réaliser dans le cursus un stage en oncologie. Dans le travail de Perwez en 2018 sur le point de vue des médecins généralistes de Picardie sur la prescription d'AP (25), en effet, la majorité des médecins interrogés en entretien étaient pour la plupart en manque de connaissances sur le sujet et montraient une volonté d'insister davantage sur ce point lors de leurs études.

2. Freins ressentis par les médecins généralistes à l'aide au maintien de l'AP chez des patients atteints de cancer du sein

36 médecins parmi 66, soit 77%, trouvent difficile de faire de la prévention tertiaire en ce qui concerne l'AP et plusieurs éléments peuvent se discuter pour expliquer cela. En effet entre la littérature et notre travail, nous constatons de grandes similitudes dans les freins exprimés par les médecins.

2.1. La méconnaissance de réseaux existants

Dans un premier temps ce que nous pouvons retrouver comme principal frein est l'absence de connaissance des réseaux existants au plus proche des médecins. 40 médecins sur les 66 répondants, soit 78%, trouvent qu'il y a un manque d'informations sur les structures existantes dans leur région. En établissant ce travail de thèse, nous avons pu renseigner aux médecins répondants en fin de questionnaire une brochure sur les structures existantes (Annexe 3.) dans

le secteur du Boulonnais. Cependant, il a été fastidieux de répertorier les différentes structures, d'une part car les différents sites internet n'étaient plus d'actualité, et d'autre part à cause de leur trop grand nombre, rendant la recherche longue et complexe. Il serait sans doute intéressant de rassembler en un seul site internet les différentes structures par secteurs géographiques et limiter le nombre de sites de recherche.

La plupart de ces structures sont disponibles sur le site du ministère des sports « sport.gouv » répertoriant dans toutes les régions de France les maisons sport-santé. Dans un rapport de 2015-2016 (26), il existait 51 structures dans ce que l'on appelait anciennement le Nord-Pas-de-Calais proposant de l'APA ou de détente aux patients atteints de cancer, dont 37 étaient spécifiquement des structures d'APA.

En 2024, on décompte 8 maisons de sport-santé rien que sur le bassin du Boulonnais, hors UTEP ou autre structure intra hospitalière.

Dans un rapport de 2022 se basant sur 200 médecins généralistes, parmi les médecins qui n'avaient pas recours à la prescription d'AP, 67% ne se sentaient pas suffisamment accompagnés pour l'orientation de leur patientèle (22). D'ailleurs, l'une des actions de la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 (27) est de recenser l'offre d'activité physique à des fins de santé sur chacun des territoires afin de la mettre à disposition du grand public et des professionnels de santé.

Les réseaux rassemblant les différentes structures proposant de l'APA en cancérologie et particulièrement au cancer du sein doivent donc être mieux connus et accessibles aux médecins. Il semblerait intéressant de fournir des tracts ou prospectus adressés aux patients en salle d'attente ou aux médecins ou dans les campagnes de dépistage de cancer du sein lors de l'« Octobre rose ».

2.2. L'absence de formation

24 médecins sur les 66 soit 47% trouvaient qu'ils n'étaient pas assez formés. Ils soulignent soit un manque de formation sur les connaissances des bénéfices de l'AP pendant et après cancer : ils présentaient une méconnaissance des effets bénéfiques de l'AP sur les patients atteints de cancer, hésitaient même à la prescrire par peur de majorer des effets indésirables ou l'asthénie; soit un manque de formation sur la prescription d'APA en tant que telle -qui pour rappel existe depuis 2016 aux médecins traitants pour les patients en ALD, avec un élargissement en 2022 de la prescription à l'ensemble des médecins pour les patients en ALD, mais aussi aux patients ayant des maladies chroniques et aux patients en perte d'autonomie.

Dans le rapport de mars 2022 basé sur l'étude InCa 2021 (21), 43% des médecins généralistes disent être en manque de formation. Ce taux est donc sensiblement proche à celui que nous avons obtenu.

Dans l'étude en Ile-de-France sur les médecins généralistes interrogés dans les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne, (22) 78% des médecins déclaraient ne pas avoir reçu de formation initiale concernant la prescription d'APA et 81,6% déclaraient ne pas avoir de formation médicale continue spécifique en APA, et 59% des médecins estimaient ne pas avoir de compétences suffisantes en la matière.

Dans la thèse de Louette, (19) 89,7% des médecins généralistes après information pourraient diriger leurs patients atteints de cancer vers une activité physique.

Un constat important aussi est que les médecins ont une réelle volonté de formation, or les taux de participations aux formations sont encore faibles.(28) (29)

Ainsi, on peut retenir que les médecins ont une volonté de se former et pourraient encourager plus facilement l'APA une fois la formation reçue. Rendre attractives les formations de soins de support en oncologie des médecins généralistes semble donc pertinent. En France il existe une

association « Afsos form » (30) (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support) proposant des formations sur les soins de support en oncologie et il existe des FMC (Formation Médicale Continue), qui mériteraient peut-être d'être davantage connues. En effet la formation médicale continue permet de perfectionner des connaissances acquises en formation médicale initiale et d'acquérir de nouvelles connaissances. Celles-ci sont désormais obligatoires. A l'université de médecine de Lille II, il existe un DU « prescription d'activité physique à visée thérapeutique ». Ce diplôme universitaire dure un an et insiste sur l'organisation, l'évaluation, les modalités de prescription et de suivi et insiste sur l'intérêt de l'AP sur les pathologies chroniques.

2.3. Le manque de temps de consultation

Sur 66, 24 médecins, soit 47%, disaient manquer de temps en consultation pour aborder ces sujets.

Parler d'AP en consultation ne semble pas difficile tant qu'il n'y a pas d'autres problématiques concurrentes à envisager or l'approche médicamenteuse est souvent prioritaire chez les patients polypathologiques. (21) Et lors des entretiens de médecins dans différents travaux, ceux-ci relatent une « sensation d'accumuler les rôles et ne pas pouvoir les honorer ». (18)

Dans une autre thèse, de Spagnol, (28) les médecins s'exprimaient quant à la promotion de l'AP : « moi si j'ai le temps j'en fais, sinon clairement je n'en fais pas ».

Dans la littérature parfois il est exprimé que le manque de rémunération par rapport au temps passé peut représenter un frein à la prescription. (20) Il existe des consultations dédiées à la prévention par exemple des maladies sexuellement transmissibles ou de consultations dédiées à l'abord de la contraception. Ces consultations prennent du temps et sont rémunérées selon une certaine cotation. Or il n'existe à ce jour en effet aucune cotation pour les autres consultations de prévention par exemple de prévention anti-tabac ou de consultations dédiées à faire une évaluation médicale initiale pour envisager une prescription de sport-sur ordonnance.

2.4. Le lien hôpital - ville

21 médecins sur 66 soit 41% disaient « perdre de vue » leur patientes une fois intégrées dans un réseau d'oncologie suite à la découverte de leur cancer. De nombreuses études en effet relatent le manque de communication entre la ville et l'hôpital notamment quand il s'agit du suivi de patientes en cancérologie.(29)(31)

Dans un article de 2009 sur le partage des rôles dans la prise en charge des cancers dans Pratiques et Organisation des Soins, « Les médecins généralistes revendiquent leur intervention dans la trajectoire de soins spécialisés du cancer marquée souvent par une perception du « passer la main et la reprendre » ». (31) Il existe une hiérarchisation ressentie entre hôpital et médecine de ville ou plus spécifiquement entre médecine technique spécialisée et médecine générale. La perception par les généralistes d'un contexte d'échange inégal se manifeste surtout dans trois dimensions : des lacunes dans la transmission des informations sur leurs patients, parfois une sensation de mépris des confrères spécialistes et la perte de vue de certains de leurs patients.

Dans notre étude par exemple, 4 médecins sur 10 ne savaient pas si leur patiente atteinte de cancer du sein appartenait à un quelconque programme d'APA et semblaient être plus avertis quand la prise en charge était extrahospitalière. Parfois une fois rentrés dans un réseau d'oncologie intrahospitalier, les patients sont perdus de vue (21 médecins interrogés l'exprimaient comme frein), ou seraient revus en consultation pour un autre sujet que celui de la pathologie cancéreuse. Les patientes rentrant dans une structure extrahospitalière sont peut-être plus revues par leur médecin généraliste qui continue à s'occuper des soins autres que ceux relatif au cancer alors que les patientes en structures intrahospitalières sont peut-être prises en charges en hôpital même pour des problèmes de santé ne relevant pas du cancer. De nombreux médecins généralistes ces dernières années ont été recrutés dans les services d'oncologie afin de s'occuper des problèmes de santé autres que ceux relatifs à la pathologie

du cancer et donc les patientes sont prises en charges par des médecins généralistes salariés de l'hôpital qui ne sont pas leur médecin traitant.

Une étude Jones 2004 (32) montrait qu'il était plus facile de favoriser l'adhésion des patientes récemment diagnostiquées d'un cancer du sein si la valorisation en était faite par l'oncologue. Dans notre thèse presque autant de médecins pensaient que l'initiateur devait être le médecin généraliste plutôt que l'oncologue. Cela montre qu'à part égale le médecin tout comme l'oncologue doit et veut intervenir dans l'approche soins de supports avec le patient. Le médecin généraliste a un lien particulier avec son patient : il le revoit régulièrement et crée une relation de confiance avec lui. Cette relation peut faciliter le médecin à provoquer l'adhésion du patient dans la prévention de manière générale et notamment dans la bonne promotion de l'AP.

L'institut national du cancer, en 2019, a rétabli un dispositif d'annonce du cancer et insiste sur l'importance après diagnostic d'un cancer d'établir une synthèse avec le médecin traitant au cabinet pendant une consultation dédiée, afin de répondre aux questions du patient ou de la famille et de synthétiser le projet thérapeutique. Ce temps pourra alors être le bon moment de déterminer les soins de support adapté au patient, comme l'APA.(33)

Les médecins semblent donc vouloir un meilleur échange avec les différents intervenants pour une prise en charge globale de la patiente. Il semble y avoir un vrai souhait de poursuivre la prise en charge mais aussi d'être plus au cœur du projet thérapeutique afin d'accompagner au mieux le patient. 36 médecins sur les 66 de notre étude suggéraient de préciser dans les courriers de sorties des patients les perspectives de suivi par le médecin : dans la partie « thérapeutique de sortie » du courrier, on pourrait imaginer un alinéa rappelant l'importance de la prescription de l'APA à la sortie de l'hôpital du patient, voire un document au courrier de sortie rappelant les structures existantes dans le secteur d'habitation du patient. De même, mettre en place des courriers par les kinésithérapeutes ou les enseignants d'APA aux médecins généralistes, ce qui n'est actuellement en France sans obligation légale, permettrait de renseigner le médecin sur l'orientation actuelle de son patient.

3. Perspectives d'amélioration

De nombreux points semblent ressortir des études quant aux changements à effectuer afin d'améliorer le maintien de l'AP aux patientes atteintes de cancer et notamment de cancer du sein par les médecins généralistes. Contrairement aux freins exprimés par la HAS, les médecins du Boulonnais mettent d'abord au premier plan la méconnaissance des réseaux existants, alors que la méconnaissance des bénéfices de l'AP pendant et après un cancer est exprimée elle davantage au second plan. Les années passant les médecins ont plus la notion de l'efficacité de l'AP mais n'ont pas accès facilement aux structures existantes. Le deuxième frein exprimé par l'HAS est la crainte de la recommandation d'AP pendant un cancer. Dans notre travail, une minorité de médecins ressentaient cette peur à prescrire l'AP. Il existe donc une amélioration des connaissances de manière générale mais un accès aux aides trop limité ressenti par les médecins.

De plus, le point de vue du patient n'a pas été abordé dans notre travail, mais pour certains médecins de notre étude, et dans d'autres travaux de littérature, la motivation du patient est aussi un frein très important. Cela prend du temps d'amener le patient à l'adhésion d'un programme d'APA et le coût de celui-ci peut l'en dissuader. Cela rejoint-donc la notion de manque de temps en consultation où il faudrait des consultations dédiées pour convaincre le patient.

Il semblerait d'abord important de majorer les connaissances théoriques des médecins généralistes dès la formation initiale des médecins, de sensibiliser mieux à l'oncologie dans le cursus médical voire de proposer plus de stages ou de cours théoriques pendant l'internat sur les soins de supports existants.

Les formations médicales continues devraient être mieux promues aux médecins. On pourrait imaginer chaque année un recensement des différentes FMC proposées dans le secteur d'activité du médecin ; favoriser lors des congrès de médecine générale l'importance de l'APA ;

profiter des campagnes « Octobre rose » pour rappeler aux médecins et aux patientes l'importance de l'APA.

De plus, il semble y avoir une réelle volonté d'améliorer les relations entre médecine hospitalière et médecine de ville. Les liens pourraient être renforcés par la proposition de courriers aux médecins par les différents intervenants comme l'oncologue, le kinésithérapeute ou l'enseignant en APA.

Enfin, favoriser un temps dédié en consultation semble nécessaire : en proposant par exemple lors de la toute première consultation de rencontre avec un nouveau patient, une consultation dédiée à ses habitudes concernant l'activité physique, ou en proposant pendant/après cancer une consultation centrée sur la pathologie cancéreuse afin de revoir le projet thérapeutique du patient, proposer et sensibiliser aux différents soins de support existants et utiliser en fin de consultation les ordonnances types que les médecins devraient avoir au cabinet comme toute autre ordonnance Cerfa. On pourrait de plus imaginer une collaboration avec des infirmiers de pratiques avancées qui se pencheraient sur les pathologies cancéreuses en participant activement à l'éducation du patient en matière d'AP, de manière conjointe avec le médecin traitant.

4. Limites et forces de l'étude

4.1. Forces de l'étude

A notre connaissance il s'agit d'une des premières études évaluant la place du médecin généraliste dans le maintien de l'AP pendant et après cancer dans une partie de la région des Hauts-de-France.

Le taux de participation est satisfaisant : 66 médecins sur 160 ont répondu au questionnaire correspondant à un taux de réponses de 41%.

Le questionnaire était anonyme et permet donc de représenter la réalité du terrain ce qui permet aux médecins répondants de ne pas sentir jugés dans les réponses et éviter ainsi un biais de déclaration.

De plus, le fait de pouvoir à certaines questions rajouter personnellement une idée ou un commentaire dans la case « autre » permet d'éviter un biais de classement.

Pour ce travail qui intéresse le secteur de Boulogne-Sur-Mer dans les Pas-de-Calais, département particulièrement riche en structures proposant de l'APA, les résultats étaient assez similaires à ceux d'autres thèses dans d'autres régions.

4.2. Limites de l'étude

L'une des limites de notre étude est la représentativité de la population interrogée. Seuls les médecins faisant partie des listes de diffusion de la CPTS Opale-Sud ou ayant accès aux réseaux sociaux ont pu répondre au questionnaire. Ceci peut expliquer un biais de recrutement.

De plus le questionnaire a été posté sur des réseaux sociaux accessibles à toute la région des Hauts-de-France, avec précision que seuls les médecins du secteur du Boulonnais devaient répondre ce qui peut engendrer un biais de sélection.

Les questions portaient sur le souvenir ou non d'avoir eu dans sa patientèle des patientes ayant eu un cancer du sein, ayant intégré ou non un programme d'APA, ce qui peut apporter un biais de confusion et de mémoire.

Enfin, le recrutement était basé sur le volontariat, ainsi on peut penser que les médecins répondant au questionnaire étaient ceux particulièrement sensibilisés au sujet. Ceci rend difficilement extrapolable nos données en population générale.

Il pourrait être intéressant d'établir des études région par région à grande échelle pour comprendre au mieux les besoins des médecins afin d'assurer au mieux la valorisation de l'AP

pendant un cancer du sein ; et il serait très intéressant d'établir un comparatif en interrogeant les patientes sur leur ressenti concernant l'accompagnement médical, l'accessibilité des structures, la motivation à faire de l'AP. En effet dans le bassin d'étude choisi, il existe un panel de structures particulièrement dense qui rend peu transposable cette étude sur le plan national.

CONCLUSION

L'activité physique adaptée est un allié essentiel dans la prise en charge des patients atteints de cancers et particulièrement dans le cancer du sein. De nombreuses études ont permis de largement prouver l'efficacité de l'activité physique pratiquée pendant et d'autant plus après traitement d'un cancer du sein dans la diminution des récurrences de cancer du sein, et dans la diminution de la mortalité globale et spécifique au cancer du sein.

La promotion de l'activité physique par le médecin généraliste est donc un enjeu majeur de santé publique comme le rappelle le Plan cancer 2014-2019, action 8.6, qui souhaite « généraliser une démarche de prévention après diagnostic de cancer, incluant notamment la promotion de l'activité physique et la réduction de la sédentarité ».

Dans notre étude et les articles de Littérature, il apparaît que les médecins généralistes ont une forte volonté de participer au suivi des patientes atteintes de cancer mais n'en ont pas forcément les moyens : les médecins généralistes du Boulonnais expriment en prime abord le manque de connaissance des réseaux existants et en second lieu le manque de formation à ce sujet. Il semble exister une amélioration au fur et à mesure des ans des connaissances des bénéfices de l'AP dans le cadre de cancer, mais une connaissance encore trop limitée des réseaux existants, pourtant riches dans ce secteur. De plus, les relations pluri-professionnelles mériteraient d'être consolidées ; notion pourtant souvent relatée par les médecins depuis plusieurs années mais sans trop de réels changements.

Des outils sont à la disposition des médecins comme les structures d'APA et la prescription du sport sur ordonnance avec des ordonnances types existantes mais ne sont pas assez connus et utilisés. Certaines propositions et changements exprimés dans cette thèse par les médecins généralistes semblent être les mêmes que dans d'autres régions et pourraient permettre d'améliorer le maintien de l'AP pendant et après cancer.

Liste des tables

Tableau 1. Domaine d'interventions des différents professionnels de la santé et du sport	10
Tableau 2. Classification des différentes intensités d'une activité physique	11

Liste des figures

Figure 1. Schéma intégratif des effets bénéfiques de l'activité physique dans les maladies chroniques	12
Figure 2. Participation des patientes à un programme d'APA en milieu hospitalier.....	20
Figure 3. Participation à un programme d'APA dans d'autres structures	21
Figure 4. Participation à la mise en place et au maintien de l'AP des médecins généralistes	22
Figure 5. Pourcentage de médecins pensant que l'initiative de prescription d'AP revient à l'oncologue et/ou au médecin généraliste et/ou à un autre médecin	22
Figure 6. Prescription de soins de support en cours / après traitement d'un cancer	24
Figure 7. Bénéfices de l'AP sur le cancer.....	25
Figure 8. Difficulté à faire de la prévention tertiaire et explications des principaux freins	26
Figure 9. Manque d'outils pour le maintien en ville de l'AP et proposition de compensation	27
Figure 10. Proportion des médecins estimant un bénéfice possible de l'APA par pathologie	32

Références

1. Moins d'une femme sur deux ont fait une mammographie de dépistage organisé du cancer du sein en 2021-2022 . [cité 15 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/moins-d-une-femme-sur-deux-ont-fait-une-mammographie-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-en-2021-2022>
2. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents. [cité 22 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
3. Plan-cancer-2014-2019-Guérir et prévenir des cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019>
4. Activité physique-OMS. [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
5. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 déc 30, 2016.
6. Brown JC, Winters-Stone K, Lee A, Schmitz KH. Cancer, physical activity, and exercise. *Compr Physiol.* oct 2012;2(4):2775-809.
7. Ancellin R, Gaillot-de Saintignon J. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer : des connaissances scientifiques aux repères pratiques. *Oncologie.* avr 2017;19(3-4):95-107.
8. Ibrahim EM, Al-Homaidh A. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies. *Med Oncol.* sept 2011;28(3):753-65.
9. Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity, risk of death and recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Acta Oncol.* 28 mai 2015;54(5):635-54.
10. Schmid D, Leitzmann MF. Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* juill 2014;25(7):1293-311.
11. Nechuta SJ, Caan BJ, Chen WY, Flatt SW, Lu W, Patterson RE, et al. The After Breast Cancer Pooling Project: rationale, methodology, and breast cancer survivor characteristics. *Cancer Causes Control.* sept 2011;22(9):1319-31.
12. Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA.* 25 mai 2005;293(20):2479-86.
13. Vehmanen L, Mattson J, Karademas E, Oliveira-Maia AJ, Sousa B, Pat-Horenczyk R, et al. Associations between Physical Exercise, Quality of Life, Psychological Symptoms and Treatment Side Effects in Early Breast Cancer. *Breast J.* 19 nov 2022;2022:e9921575.

14. HAS-Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. juillet 2022; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf
15. HAS-Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité. Juillet 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/guide_connaissance_ap_sedentarite_vf.pdf
16. World Health Organization [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
17. Bénéfices de l'activité physiques chez les patients atteints de cancer - état des connaissances. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/benefices-de-l-activite-physique-chez-les-patients-atteints-de-cancer-etat-des-connaissances>
18. Soulas D. Activité physique adaptée et cancer: représentation des patients. Octobre 2019. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02319023>
19. Laure Louette. Thèse de médecine générale (UPJV). Mars 2016. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01291548>
20. Fantino B, Fantino F, Dumont C, Nitenberg C, Delolme H. Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. *Sante Publique (Bucur)*. 2004;16(3):551-62.
21. Ancellin, Communal Prescription de l'activité physique par les médecins - freins et leviers - Décembre 2022. *La santé en action* N°462.
22. IRBMS 2019 [cité 2 févr 2023]. Prescription d'AP : connaissances et besoins des médecins d'Ile-de-France. Disponible sur: <https://www.irbms.com/prescription-apa-enquete-medecins-ile-de-france/>
23. Brown, Winters-Stone, Lee, H.Schmitz . *Cancer, Physical Activity and Exercise*. Octobre 2012. Disponible sur: <https://europepmc.org/articles/pmc4122430?pdf=render>
24. Holmes et al. - 2005 - Physical activity and survival after breast cancer. DOI : 10.1001/jama.293.20.2479
25. Perwez T. Prescription de l'activité physique en médecine générale: point de vue des médecins généralistes en Picardie.
26. Rapport-dactivité-APA-2015-2016.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.onco-hdf.fr/app/uploads/2020/06/Rapport-dactivit%C3%A9-APA-2015-2016.pdf>
27. Stratégie-nationale-sport-sante. <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>
28. Spagnol L. Évaluation des freins à la prescription d'activité physique adaptée par les médecins généralistes de l'Oise. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03604023>
29. Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. « When patients have cancer, they stop seeing me » – the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer – a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 21 mars 2006;7:19.

30. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support [Internet]. [cité 25 févr 2023]. L'AFSOS, Association Francophone des Soins Oncologiques de Support - Soins de support - Hématologie, Oncologie, Cancérologie. Disponible sur: <https://www.afsos.org/>
31. Bungener M, Demagny L, Høltedahl K, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? : Prat Organ Soins. 1 sept 2009;Vol. 40(3):191-6.
32. Jones LW, Courneya KS, Fairey AS, Mackey JR. Effects of an oncologist's recommendation to exercise on self-reported exercise behavior in newly diagnosed breast cancer survivors: a single-blind, randomized controlled trial. Ann Behav Med. oct 2004;28(2):105-13.
33. Evolution_dispositif_annonce_cancer_inca_oct2019.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: https://www.proinfoscancer.org/sites/default/files/evolution_dispositif_annonce_cancer_inca_oct2019.pdf

Annexes

Annexe 1 – Questionnaire de thèse

Quelle est la place du médecin traitant dans le maintien d'activité physique chez des patientes ayant/ayant eu un cancer du sein ?

1- Chez vos patientes ayant ou ayant eu un cancer du sein, certaines d'entre elles ont-elles bénéficié d'un programme d'APA dans un centre hospitalier durant leur traitement ?

- *oui
- *non
- *ne sait pas

2- Si oui, en avez-vous eu un retour

- *par la patiente
- *par l'hôpital
- *autre : _____

3- Chez vos patientes ayant ou ayant eu un cancer du sein, certaines d'entre elles ont-elles bénéficié d'un programme d'APA dans une autre structure qu'un centre hospitalier ?

- *oui dans un espace ressource santé cancer ERC
- *oui dans un programme d'APA proposé et remboursé par la sécurité sociale ou la mutuelle
- *oui dans une maison sport santé
- *oui grâce au dispositif sport sur ordonnance
- *autre structure : _____

4- Pensez-vous participer à la mise en place ou au maintien d'activité physique chez des patientes atteintes de néoplasie ?

- *oui, comme prescripteur
- *oui, en consultation lors d'un entretien motivationnel
- *oui en l'orientant dans des structures adaptées
- *non

5- Pour vous, l'initiateur d'AP doit être

- *le médecin généraliste
- *l'oncologue
- *un autre médecin de soins de support

6- Vous est-il déjà arrivé de prescrire des soins de support à un patient atteint de cancer en cours de traitement ?

- *prescription de psycho/sophrologie
- *de kinésithérapie
- *groupe d'activité physique
- *diététicienne
- *autre _____
- *non

7- Vous est-il déjà arrivé de prescrire des soins de support à un patient atteint de cancer après traitement ?

- *prescription de psycho/sophrologie
- *de kinésithérapie
- *groupe d'activité physique
- *diététicienne
- *autre _____
- *non

8- Si oui vous avez prescrit un soin de support, ceci a t'il été

- *à votre initiative
- *à la demande de la patiente
- *je n'en ai jamais prescrit

9- Concernant l'activité physique et la cancérologie en générale, diriez-vous faire :

- *de la prévention primaire : je propose à mes patients de manière générale de l'activité physique en prévention des cancers
- *de la prévention secondaire : je pousse mes patients en cours de cancer à faire de l'activité physique
- *de la prévention tertiaire : je pousse mes patients à maintenir une activité physique après cancer

10- Pensez-vous que l'activité physique chez une patiente atteinte d'une néoplasie peut apporter :

- *une meilleure santé mentale,
- *une meilleure espérance de vie,
- *une diminution des effets indésirables des traitements anti-cancéreux,
- *une perte pondérale grâce à l'activité physique
- *une majoration de l'asthénie
- *une diminution des récives de cancer

11- Présentez-vous des difficultés à faire de la prévention tertiaire en ce qui concerne l'activité physique ?

- *oui
- *non

12- Si oui : quels en seraient les principaux freins ?

- *perte de vue des patients souvent suivi dans les services de cancérologie
- *manque de formation à ce sujet
- *manque de temps de consultation pour aborder ces sujets
- *méconnaissance des réseaux existants
- *réticence à en proposer par peur du fait de l'antécédent de cancer
- *autres _____

13- Prendriez-vous l'initiative de réaliser un certificat de non contre-indication au sport chez un patient atteint de néoplasie sans l'avis préalable du cancérologue ou du spécialiste ?

- *oui
- *non

14- Diriez-vous qu'il y a un manque d'outils en médecine de ville afin de favoriser, initier le maintien de l'activité physique des patientes atteintes de cancer du sein ?

- *oui
- *non

15- Si oui, que manquerait-il ?

- *Proposer des réseaux d'associations de prises en charges
- *Améliorer la communication entre hôpitaux et médecine de ville
- *Proposer des ordonnances types
- *Proposer des formations aux médecins généralistes
- *Préciser dans les courriers de cancérologie adressés aux médecins généralistes des règles de maintien d'activité physique
- *autre _____

Annexe 2. Ordonnance type de prescription d'APA – journal officiel de la République Française, Ministère de la santé

Tampon du Médecin	
--------------------------	--

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

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

Préconisation d'activité et recommandations

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

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire²:

.....

Document remis au patient

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

Lieu date signature cachet professionnel

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

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

Annexe 3. Exemple de structures du Boulonnais proposant du Sport-Santé

-L'ARS propose une association « *Bouge avec moi* », dans le secteur de Boulogne-sur-mer, permettant de participer à des activités de sport-santé dans le cadre de

*diabète non insulino-dépendant

*d'obésité

*de maladies cardio-vasculaires

*rémission de cancer du sein

Appel de Mme DEGARDIN qui gère le réseau de Sport Santé sur Ordonnance et aide à trouver les structures adaptées, elle est notamment conventionnée avec 74 médecins traitants qui lui adressent des patients puis elle est en charge de trouver la meilleure activité physique en fonction des souhaits des patients

-ERC : Espace ressources cancers

*ERC Littoral : ce sont des établissements de santé de la côte d'Opale qui proposent des accompagnements d'activité physique adaptée, de bien être, d'accompagnement diététique, accompagnement socio-esthétique, sophrologie, soutien psychologique :

Calais : au Centre Hospitalier Techer et la Clinique des 2 Caps,

Boulogne-sur-mer : 3, place Navarrin, Boulogne-sur-mer,

Saint-Martin-Boulogne : au Centre MCO,

Montreuil : au Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil (CHAM)

Cucq : à la Clinique des Acacias

-UTEF – Unité Transversale d'Éducation du Patient

Il s'agit d'accompagnement de patients atteints de cancers dans le cadre d'éducation thérapeutique afin de maintenir ou améliorer la qualité de vie pendant ou après traitement.

Cette UTEF concerne notamment le suivi en oncologie et propose de l'APA ou autre accompagnement comme en diététique, un suivi avec des psychologues, kinésithérapie ..

BP 609 all Jacques Monod, 62200 Boulogne-sur-mer

-Le ministère des sports propose sur le site « [sports.gouv](https://www.sports.gouv.fr) » de retrouver les Maisons Sport-Santé dans n'importe quelle région : <https://www.sports.gouv.fr/decouvrez-les-maisons-sport-sante-les-plus-proches-de-chez-vous-389>

-« [Quel sport docteur](https://www.quel-sport-docteur.fr/) » permet de trouver des professionnels certifiés proposant des activités physiques adaptées

-> <https://www.quel-sport-docteur.fr/>

Pour exemple :

*Maison sport santé de la Terre des 2 caps

129 rue des Tertres, 62250 Marquise

Yoga, Sport sur ordonnance, Gym douce, Fitness, Stretching, Randonnée, Pilates, Circuit training

*Maison de santé du Mont de Coupes

105 rue du fort , 62480 Le Portel

Joindre Mr Guillaume Bertoux

apacotedopale@gmail.com

Il s'agit d'APA pratiqué en libéral, avec une prise en charge totale si ALD

*Boulogne canoë-kayak

Ce centre accueille les «Dragon Ladies », un bateau de femme ayant eu un cancer du sein.
7 boulevard Chanzy, 62200 Boulogne-sur-mer

*Maison Sport Santé du Montreuillois

623 route de paris, 62170 Ecuire
Gymnastique douce, marche nordique , yoga, sophrologie

*Family Fitness Santé

Zone d'activité, 62170 Campigneulles les petites
Gymnastique douce, stretching, bike santé, soft-ball, circuit training, étirements

*Holistique Pôle Calais

17, rue Tom Souville, 62100 Calais
Coaching sportif, hygiène de vie

*Gravelines Union Sportive Aviron

Parc des rives de l'Aa, 59820 Gravelines
Aviron, aviron indoor

AUTEURE : Nom : DALLE

Prénom : Clémence

Date de soutenance : 23 mai 2024

Titre de la thèse : Place du médecin généraliste d'un bassin de population du Pas-de-Calais dans le maintien de l'activité physique chez des patientes ayant ou ayant eu un cancer.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Activité physique adaptée, cancer du sein, médecins généralistes

Résumé :

Contexte : Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et le premier responsable du nombre de décès par cancer. Le dernier Plan cancer 2014-2019, insiste sur l'importance de la pratique d'activité physique pendant et surtout après un cancer du sein car il a été prouvé que l'activité physique permet de réduire la mortalité globale et spécifique du cancer et permet la diminution de récurrence. Ainsi depuis 2016 le médecin généraliste (puis depuis 2022 tous les médecins), peuvent prescrire sur ordonnance de l'activité physique adaptée aux patients atteints de cancer dans le but d'améliorer entre autres la qualité de vie, la mortalité spécifique et les récurrences de cancers. Notre objectif est d'établir un état des lieux de la place du médecin généraliste dans le maintien de l'activité physique de leurs patientes atteintes de cancer du sein, de comprendre les freins et améliorations possibles à la bonne promotion de l'activité physique.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive par auto-questionnaire diffusé de novembre 2023 à mars 2024 chez les médecins généralistes du secteur de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) installés en ville via internet (mails ou réseaux sociaux).

Résultats : Sur 66 médecins répondants, 55 (80%) sont d'accord pour dire que l'initiateur de l'activité physique doit être le médecin traitant mais 36 (55%) trouvent difficile de participer à la prévention tertiaire en favorisant l'activité physique après un cancer du sein. Seuls 12% des médecins interrogés (8 médecins) proposent l'activité physique adaptée comme soins de support aux patientes pendant un cancer et 23% (15 médecins) après un cancer. Les principaux freins retrouvés à cette bonne promotion d'activité physique sont la méconnaissance des réseaux existants, le manque de formation des médecins et le manque de temps en consultation.

Conclusion : Les médecins du Boulonnais semblent être investis et vouloir participer à la prévention tertiaire dans le cadre des cancers en favorisant l'activité physique mais ne connaissent pas assez les modalités de prescription du sport sur ordonnance et les structures existantes et sont demandeurs d'une meilleure formation et d'amélioration de leur connaissances sur les bénéfices de l'activité physique sur les cancers.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Catteau-Jonard Sophie

Assesseurs : Monsieur le Docteur Quersin François

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Morvan Yoann