



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Promotion de l'activité physique dans la prise en charge des maladies chroniques : renforcer la coordination entre les acteurs de santé et du sport au sein de la CPTS de la Marque

Présentée et soutenue publiquement le 14 novembre 2025 à 16 heures
Au Pôle Formation

Par Camille COUTURIER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Vincent TIFFREAU

Assesseur :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Paul ACCAOUI

Avertissement

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

Liste des abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
AP	Activité Physique
APA	Activité Physique Adaptée
BPCO	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CCMO	Caisse de Complémentaire Mutuelle Obligatoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIMES	Collège Interuniversitaire des Enseignants de Médecine et de Santé
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNM	Caisse Nationale Mutualiste
CNU	Conseil National des Universités
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
ET	Écart-Type
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension Artérielle
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IQR	Intervalle Interquartile
LMDE	La Mutuelle des Étudiants
MBA	Mutuelle de la Banque et de l'Assurance
MNT	Mutuelle Nationale Territoriale
MR-004	Méthodologie de Référence 004
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MRSS	Mission Régionale Sport Santé
PNSS	Plan National Sport-Santé
SNSS	Stratégie Nationale Sport-Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QAAP+	Questionnaire d'Activité et d'Aptitude Physique
SFR-TSM	Structure Fédérative de Recherche – Thématiques Santé Métabolisme
SPF	Santé Publique France
SUS	System Usability Scale
ULR	Unité de Recherche Lilloise

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction.....	2
Matériels et méthodes.....	4
1. Phase d'analyse	4
2. Phase de conception des outils.....	5
3. Phase d'évaluation des outils	7
Résultats.....	12
1. Description des outils développés	12
Fiches pratiques pathologies.....	12
Schéma d'aide à l'orientation	13
Annuaire des structures sport-santé locales	14
Ordonnance-type	14
Affiche de promotion	14
Diffusion des outils	15
2. Description de la population étudiée	15
3. Analyse quantitative.....	17
A. Objectif principal : calcul du score d'utilisabilité SUS	17
B. Objectifs secondaires	19
Analyse de l'utilisabilité perçue (SUS) par sous-groupes professionnels.....	19
Évolution des pratiques de recommandations d'AP (Δ_{AP})	20
Évolution de la prescription d'activité physique adaptée (Δ_{APA})	21
4. Analyse qualitative : pistes d'améliorations et remarques	22
Discussion	24
Conclusion.....	29
Déclaration de conflits d'intérêts	31
Références bibliographiques	32
Annexes	35
Annexe-1. Fiches pathologies.....	35
Annexe-2. Schéma décisionnel d'orientation du patient en fonction de son niveau d'activité physique	51
Annexe-3. Annuaire des clubs sport santé et des structures locales d'APA	51
Annexe-4. Modèle d'ordonnance-type pour la prescription et le renouvellement d'APA.....	53
Annexe-5. Affiche de promotion de l'activité physique	55
Annexe-6. Questionnaire utilisé pour l'évaluation des outils.....	56
Annexe-7. Exemple de calcul du score SUS.....	60
Annexe-8. Retours qualitatifs : extraits de verbatims issus des réponses libres au questionnaire en ligne (Google Forms)	61
Annexe-9. Tableau comparatif de la prise en charge de l'APA par les mutuelles	62

Résumé

Introduction : L'activité physique (AP) constitue un levier majeur de prévention et de prise en charge des maladies chroniques. Cependant, sa promotion et la prescription d'activité physique adaptée (APA) restent peu systématisées en soins primaires. Cette thèse visait à concevoir et à évaluer des outils pratiques pour accompagner les médecins généralistes de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de la Marque dans cette démarche. L'enjeu reposait également sur la sensibilisation de l'ensemble des acteurs du parcours de soins afin de renforcer leur implication dans cette dynamique.

Matériels et méthodes : Une étude descriptive transversale a été menée selon une démarche participative. Après une phase d'analyse des besoins des professionnels de santé, plusieurs supports ont été conçus (fiches pathologies, ordonnances-types, schéma d'orientation, affiche de promotion, annuaire local). Leur utilisabilité a été évaluée à l'aide d'un questionnaire en ligne diffusé auprès des professionnels de la CPTS. Pour cette évaluation, nous avons utilisé le System Usability Scale (SUS), un outil standardisé de mesure de l'ergonomie perçue.

Résultats : 34 professionnels ont participé à l'évaluation, dont 17 médecins généralistes. Le score SUS était de 64,9, indiquant une utilisabilité modérée, et dépassait 70 chez les médecins généralistes, traduisant une bonne utilisabilité dans ce groupe. La prescription d'APA a significativement augmenté après l'intervention ($p = 0,008$).

Conclusion : Cette étude montre qu'une démarche de co-construction territoriale permet de développer des outils simples, ergonomiques et immédiatement exploitables en consultation. La mise à disposition de ces supports a contribué à leur appropriation par les professionnels, en particulier les médecins généralistes, et a favorisé les prescriptions d'APA. Ces résultats ouvrent la voie à une diffusion élargie de ce modèle reproductible dans d'autres CPTS et plus largement dans d'autres territoires de soins primaires.

Introduction

La promotion de l'activité physique (AP) constitue aujourd'hui un pilier essentiel des stratégies de santé publique. L'AP régulière est associée à une réduction significative du risque de nombreuses pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, certains cancers) ainsi qu'à une amélioration du bien-être psychologique et de la qualité de vie (1,2). Elle agit également sur la prévention de la perte d'autonomie, notamment chez les personnes âgées (3).

Face à l'épidémie mondiale de sédentarité, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande aux adultes de pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine (4). En France, un rapport de Santé Publique France (SPF) de 2021 a montré que l'AP était inférieure à ces recommandations pour plus de 70% des adultes et près de 80% des adolescents (5). Cette situation constitue un enjeu sanitaire de première importance.

Les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes, ont un rôle déterminant à jouer dans cette dynamique. En tant qu'acteurs de premier recours, ils sont bien placés pour informer, motiver et accompagner les patients dans l'adoption d'un mode de vie plus actif. Pourtant, malgré les recommandations officielles, la promotion de l'AP en consultation reste encore rare (6).

Au-delà de la promotion de l'AP, l'activité physique adaptée (APA) offre une réponse spécifique aux personnes vivant avec une pathologie chronique, une limitation fonctionnelle ou une situation de vulnérabilité. Encadrée et personnalisée, l'APA prend en compte les capacités physiques, les objectifs thérapeutiques et les éventuelles contre-indications médicales. Ses bénéfices sont largement démontrés : amélioration de la condition physique, diminution des symptômes, meilleure observance thérapeutique et parfois réduction de la polymédication (7–9).

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, les médecins peuvent prescrire de l'APA aux patients en affection de longue durée (ALD) (10). Le décret du 5 août 2022 a élargi ce dispositif à d'autres maladies chroniques (11).

Ces avancées s'inscrivent dans la continuité du Plan National Sport-Santé (PNSS) et de la Stratégie Nationale Sport-Santé (SNS), qui visent à intégrer durablement l'AP aux parcours de soins (12,13). Néanmoins, un rapport national récent a souligné les difficultés persistantes de coordination entre les dispositifs, rappelant que le maillage territorial constitue un enjeu majeur pour l'efficacité de ces politiques (14).

Malgré la place centrale qu'occupe le médecin généraliste dans la promotion d'AP et la prescription d'APA, ces pratiques restent encore marginales (15,16). Les freins sont multiples : manque de temps en consultation, absence d'outils pratiques, méconnaissance des relais locaux, ou encore, difficultés à évaluer l'aptitude à l'effort (17).

Plusieurs travaux ont insisté sur l'importance de proposer aux professionnels des supports simples, rapides d'utilisation et adaptés aux réalités locales (18,19).

Cette thèse s'inscrit dans cette perspective. Elle vise à concevoir, diffuser et évaluer des outils pratiques destinés aux professionnels de santé de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de la Marque, afin de faciliter la promotion de l'AP et la prescription d'APA en soins primaires.

Matériels et méthodes

Ce travail s'inscrit dans une démarche de recherche appliquée visant à concevoir, tester et évaluer des outils d'aide à la promotion d'AP et à la prescription d'APA en médecine générale. Nous avons opté pour une approche ergonomique de type « conception centrée utilisateur » selon laquelle les besoins et attentes des acteurs du parcours de soins guident la création des outils.

Cette méthode se décline en trois phases successives :

1. Une phase d'analyse visant à préciser les attentes et besoins des professionnels de santé de la CPTS de La Marque
2. Une phase de conception des outils basée sur les recommandations HAS et les résultats de l'analyse utilisateurs
3. Une phase d'évaluation qualitative et quantitative des outils développés

1. Phase d'analyse

L'objectif principal de cette phase était de recueillir, auprès des professionnels de santé de la CPTS de La Marque, les pratiques actuelles, les freins, les obstacles ainsi que leurs attentes concernant la promotion d'AP et la prescription d'APA.

Une réunion de travail réunissant des médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes, pharmaciens et diététiciennes volontaires, membres de la CPTS, a été organisée. Cette rencontre pluridisciplinaire a permis une réflexion commune sur les pratiques, les difficultés rencontrées et les besoins de chacun afin de faciliter la promotion de l'AP et la prescription d'APA.

L'échange a été structuré autour de trois grands axes de réflexion définis en amont, abordant :

- Les pratiques actuelles de promotion d'AP et de prescription d'APA ;

- Les freins et obstacles identifiés ;
- Les attentes quant à un outil d'aide à la promotion d'AP et à la prescription d'APA.

L'analyse de cette réunion s'est appuyée sur une synthèse des discussions permettant d'identifier les points récurrents, consensus et divergences exprimés par les professionnels de santé. Cette méthode a favorisé une compréhension globale des besoins collectifs au sein de la CPTS.

2. Phase de conception des outils

Nous avons conçu plusieurs outils répondant aux besoins identifiés lors de l'analyse : « pour qui et pourquoi » (fiches pratiques), « où et vers qui » (schéma d'aide à l'orientation, annuaire des clubs et structures sport-santé), « comment » (ordonnance type, affiche de promotion).

Fiches pratiques

À partir des besoins et attentes exprimés lors de la phase d'analyse, nous avons orienté la conception d'outils centrés utilisateur sous la forme de fiches pratiques destinées à faciliter à la fois la promotion d'AP et la prescription d'APA en médecine générale.

Ces fiches sont basées sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Chaque fiche est structurée en deux parties (Annexe-1) :

- La première page présente les objectifs de l'AP en fonction de la pathologie chronique concernée et précise :
 - Le moment où il est pertinent de promouvoir l'AP et/ou de prescrire de l'APA,
 - Les situations nécessitant une orientation vers un spécialiste,
 - Les points de vigilance spécifiques à cette pathologie.

- La deuxième page est consacrée à la promotion de l'AP. Elle comporte les recommandations d'AP en termes de durée et d'intensité, la liste des clubs et structures locales proposant des activités physiques vers lesquelles le patient peut être orienté, ainsi qu'une indication tarifaire.

Schéma d'aide à l'orientation

Nous avons conçu un schéma d'aide à l'orientation du patient (Annexe-2) vers une AP en autonomie ou adaptée, basé sur les recommandations HAS. Ce schéma vise principalement à guider le professionnel de santé afin d'assurer un suivi sécurisant et adapté.

Annuaire des clubs et structures

Nous avons également élaboré une fiche recensant les clubs sport-santé et les structures proposant de l'APA sur le secteur de la CPTS (Annexe-3). Cet annuaire a pour but de faciliter l'orientation des patients vers des ressources locales adaptées à leurs besoins.

Ordonnance-type

Par ailleurs, avec l'aide des enseignantes en APA du secteur, nous avons élaboré une ordonnance-type de prescription d'APA (Annexe-4).

Affiche de promotion

Nous avons réalisé une affiche de promotion de l'AP (Annexe-5) destinée à être placée dans les salles d'attente des médecins, kinésithérapeutes, pharmacies, infirmières, orthophonistes et diététiciennes afin de sensibiliser et motiver les patients à intégrer davantage d'activité physique dans leur quotidien.

Ces fiches ont été conçues et mises en forme par l'autrice avec Canva® pour créer un support visuellement clair, professionnel et facilement accessible pour les médecins en consultation.

La diffusion des outils conçus a été réalisée à la suite d'une réunion plénière organisée le lundi 19 mai 2025 réunissant les membres volontaires de la CPTS de la Marque. Cette réunion a permis de présenter de manière structurée l'ensemble des supports développés, d'en expliciter les objectifs, les modalités d'utilisation et les sources référentielles.

3. Phase d'évaluation des outils

Type d'étude et questionnaire

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale grâce à un questionnaire en ligne diffusé auprès des professionnels de santé de la CPTS durant la période d'évaluation du 19 mai au 18 août 2025. Le questionnaire a été diffusé via Google Forms. Ont été inclus les professionnels de santé exerçant sur le territoire de la CPTS de la Marque et ayant complété le questionnaire en ligne.

Le questionnaire (Annexe-6) comportait 22 questions simples réparties en trois catégories :

- La première (9 questions) permettait de connaître l'utilisateur : son sexe, son âge, son mode d'exercice et ses habitudes de prescription ;
- La deuxième (10 questions) permettait d'évaluer l'outil via le score SUS ;
- La troisième (3 questions) avait pour but d'ouvrir des pistes d'amélioration.

Le questionnaire a été prétesté auprès de 3 médecins généralistes afin de s'assurer de sa bonne compréhension.

La promotion du questionnaire a été effectuée par mail au sein de la CPTS afin d'obtenir un retour représentatif.

Score SUS

Nous avons utilisé l'échelle « System Usability Scale » (SUS), validée en langue française (20), qui est un questionnaire simple et rapide (3 à 4 minutes) permettant de mesurer le taux de satisfaction d'un système ou d'un service pour une population donnée.

Le questionnaire SUS comprend 10 affirmations, alternant des formulations positives et négatives. Chaque participant attribue un score sur une échelle de Likert de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord) selon son degré d'accord avec chaque affirmation. Les réponses sont ensuite transformées en un score global de 0 à 100.

Cet outil a montré de bonnes propriétés psychométriques : il est valide, fiable et sensible (21,22).

Les 10 affirmations sont :

- Je pense utiliser ces outils fréquemment
- Ces outils sont inutilement complexes
- Ces outils sont faciles à utiliser
- J'aurais besoin du soutien d'une autre personne pour être capable d'utiliser ces outils
- Les différentes fonctionnalités de ces outils sont bien intégrées
- Il y a trop d'incohérences dans ces outils
- La plupart des personnes apprendront à utiliser ces outils très rapidement
- J'ai trouvé les outils difficiles à utiliser
- Je me suis senti(e) très confiant(e) en utilisant ces outils
- J'ai eu besoin d'apprendre beaucoup de choses avant de pouvoir utiliser ces outils

Pour calculer le score final :

- Pour les affirmations impaires, on soustrait 1 au score brut (sur 5) donné par l'utilisateur.
- Pour les affirmations paires, calculer 5 moins le score brut donné par l'utilisateur.
- On fait ensuite la somme des 10 résultats obtenus, puis on multiplie cette somme par 2,5 pour obtenir un score total sur 100.

7 seuils permettent d'interpréter ce score :

- 25/100 : la pire utilisabilité qu'on puisse imaginer
- 35,7/100 : mauvaise
- 50,9/100 : acceptable
- 71,4/100 : bonne
- 85,5/100 : excellente
- 90,9/100 : la meilleure qu'on puisse imaginer

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'utilisabilité des outils à l'aide du score SUS.

Les objectifs secondaires étaient :

- D'évaluer l'évolution des pratiques de recommandation d'AP (Δ_{AP}),
- D'évaluer l'évolution des pratiques de prescription d'APA (Δ_{APA}), analyse restreinte aux médecins généralistes et aux kinésithérapeutes,
- D'explorer les différences éventuelles du score SUS, de Δ_{AP} et de Δ_{APA} selon les sous-groupes professionnels, le sexe, l'âge et le mode d'exercice.

Analyses statistiques

Les données recueillies ont été importées et analysées sur Excel.

Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Le score SUS, critère de jugement principal, a été présenté par la moyenne $\pm$ écart-type (ET) afin de permettre la comparaison avec les études publiées et par la médiane [intervalle interquartile (IQR)], plus adaptée compte tenu de la distribution non normale observée. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement à l'aide d'histogrammes et de boxplots.

Les comparaisons entre sous-groupes professionnels ont été réalisées à l'aide de tests non paramétriques (Mann–Whitney ou Kruskal–Wallis). Ces tests sont adaptés aux effectifs limités et aux distributions non gaussiennes. Le seuil de significativité a été fixé à 5 % ($p < 0,05$).

Afin d'évaluer l'évolution des pratiques professionnelles entre l'avant et l'après intervention, nous avons construit 2 variables spécifiques :

- **Delta_AP** : correspondant, pour chaque participant, à la différence entre la fréquence de recommandation d'AP déclarée après et avant l'intervention (score après – score avant).
- **Delta_APA** : correspondant, pour chaque participant, à la différence entre la fréquence de recommandation d'APA déclarée après et avant l'intervention (score après – score avant). L'analyse a été restreinte aux médecins généralistes et aux kinésithérapeutes, seuls habilités à prescrire ou renouveler une prescription d'APA.

Ces 2 variables, de nature ordinale, ont été décrites en trois catégories : diminution (valeur <0), stabilité (valeur $=0$) et augmentation (valeur >0).

L'évolution intra-individuelle (avant/après) a été analysée par un test de Wilcoxon pour données appariées, tandis que les comparaisons de delta_AP et delta_APA entre sous-groupes (sexe, âge, mode d'exercice, profession) ont été réalisées avec les tests de Mann–Whitney (2 groupes) ou de Kruskal–Wallis (plus de 2 groupes).

Les analyses statistiques et les graphiques ont été réalisées sur Microsoft Excel (version 16.78) ainsi qu'en R (version 4.4.3) via RStudio (version 2024.12.1).

Sauf mention contraire, l'ensemble des tests statistiques a été effectué avec un seuil de significativité $\alpha = 5 \%$ ($p < 0,05$).

Aspects réglementaires

Une déclaration de conformité au référentiel MR-004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée, conformément à la réglementation en vigueur sur la protection des données personnelles et aux exigences encadrant les recherches n'impliquant pas la personne humaine.

Résultats

1. Description des outils développés

5 outils ont été conçus et diffusés : des fiches pratiques pathologies, un schéma d'aide à l'orientation, un annuaire des structures sport-santé locales, une ordonnance-type et une affiche de promotion.

Fiches pratiques pathologies

À partir des besoins et attentes exprimés lors de la phase d'analyse, nous avons orienté la conception d'outils centrés utilisateur sous la forme de 8 fiches pratiques destinées à faciliter à la fois la promotion de l'AP et la prescription de l'APA en médecine générale.

Les fiches concernaient les pathologies chroniques les plus fréquemment rencontrées en soins primaires et pour lesquelles l'APA est recommandée : diabète de type 2, cancers, insuffisance cardiaque, lombalgies communes chroniques, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), hypertension artérielle (HTA), surpoids et obésité de l'adulte, grossesse et post-partum.

Chaque fiche est structurée en deux parties (Annexe-1) :

- La première page décrit les objectifs de l'AP selon la pathologie, précise le moment opportun pour initier une promotion ou une prescription, identifie les situations nécessitant une orientation spécialisée et rappelle les points de vigilance propres à chaque pathologie.
- La deuxième page fournit les recommandations d'AP (durée, intensité, fréquence), propose des exemples concrets d'activités et mentionne les structures locales (clubs, associations, structures sport-santé) accessibles aux patients, accompagnées d'une estimation tarifaire.

Ces fiches avaient pour objectif d'apporter un outil opérationnel, utilisable en quelques minutes en consultation. Elles tendaient à améliorer la sécurisation des prescriptions tout en facilitant l'orientation vers des relais adaptés.

Schéma d'aide à l'orientation

Un schéma décisionnel (Annexe-2) a été conçu afin de guider le professionnel dans l'intégration de l'AP et de l'APA au sein du parcours de soins.

Ce schéma s'appuie sur les recommandations de la HAS et intègre l'utilisation du questionnaire QAAP+ (Questionnaire d'Activité et d'Aptitude Physique).

Le QAAP+ permet une évaluation rapide du niveau d'activité du patient et de ses contre-indications éventuelles. Il sert de point d'entrée structuré dans le parcours et facilite la décision clinique en consultation.

Selon les résultats du QAAP+, le patient est orienté vers l'un des 4 niveaux d'activité :

- Niveau 1 : AP en autonomie → patients sans contre-indication particulière, capables de pratiquer sans encadrement.
- Niveau 2 : AP encadrée en structure collective → patients nécessitant un accompagnement initial dans des structures de proximité (associations sportives locales, clubs municipaux, associations de loisirs).
- Niveau 3 : APA en structure sport-santé → patients atteints de pathologies chroniques ou présentant des limitations fonctionnelles imposant un encadrement spécifique par des professionnels formés.
- Niveau 4 : Rééducation en soins de santé → patients nécessitant une prise en charge médicale spécialisée (kinésithérapie, médecine physique et de réadaptation) avant une réorientation vers les niveaux précédents.

Ce schéma visait à simplifier et à standardiser le processus de prescription, tout en assurant la sécurité des patients et l'intégration cohérente de l'AP dans le parcours de soins primaires.

Annuaire des structures sport-santé locales

Nous avons réalisé un annuaire (Annexe-3) recensant les clubs, associations et structures labellisées sport-santé sur le territoire de la CPTS. L'objectif était de fournir aux médecins un support pratique et actualisé pour orienter les patients vers des ressources locales. Chaque structure était décrite avec ses coordonnées, son type d'activité, les publics ciblés et une estimation des coûts.

Ordonnance-type

Une ordonnance-type (Annexe-4) a été élaborée en collaboration avec des enseignantes en APA. Elle a été conçue avec un double volet, afin de répondre aux besoins des différents prescripteurs et d'assurer une continuité dans le parcours patient :

- Volet médical destiné à initier la prescription d'APA. Il permet au médecin d'inscrire les informations médicales essentielles (pathologie chronique concernée, objectifs thérapeutiques, contre-indications éventuelles) et de préciser les grandes orientations de la pratique (type d'activité, intensité recommandée, niveau d'encadrement attendu).
- Volet destiné aux kinésithérapeutes habilités à renouveler et adapter la prescription d'APA. Il offre un espace pour préciser les modalités pratiques de mise en œuvre, introduire des ajustements en fonction de l'évolution clinique et partager des observations utiles au suivi.

Affiche de promotion

Une affiche (Annexe-5) a été conçue pour être affichée dans les salles d'attente des médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes et diététiciennes et dans les pharmacies. Elle avait pour objectif de sensibiliser directement les patients aux bienfaits de l'AP, de stimuler la demande spontanée d'information et d'initier le dialogue en consultation.

Diffusion des outils

L'ensemble des supports (fiches, schéma, annuaire, ordonnance-type, affiche) a été présenté et diffusé lors d'une réunion plénière de la CPTS de la Marque, en mai 2025. Cette réunion a permis d'explicitier les objectifs et les modalités d'utilisation des outils, et de recueillir les premiers retours qualitatifs.

2. Description de la population étudiée

L'étude a porté sur l'analyse des réponses à un questionnaire en ligne diffusé auprès des professionnels de santé membres de la CPTS de la Marque. Cette population correspondait à la cible des outils développés dans le cadre du projet.

Au total, 210 professionnels de santé étaient recensés au sein de la CPTS au moment de l'étude, répartis selon les catégories suivantes :

- Médecins généralistes : 37
- Autres médecins spécialistes : 5
- Kinésithérapeutes : 34
- Orthophonistes : 42
- Orthoptistes : 1
- Pédicures-podologues : 3
- Dentistes : 11
- Diététiciennes : 4
- Ergothérapeutes : 4
- Infirmiers Diplômés d'État (IDE) : 44
- Sages-femmes : 3
- Pharmaciens : 16
- Psychomotriciens : 1
- Structures ou personnes morales (associations, établissements, etc.) : 5

Cette diversité reflète la pluralité des acteurs impliqués dans le parcours de soins des patients chroniques et souligne l'intérêt de disposer d'outils partagés, adaptés aux différents profils professionnels.

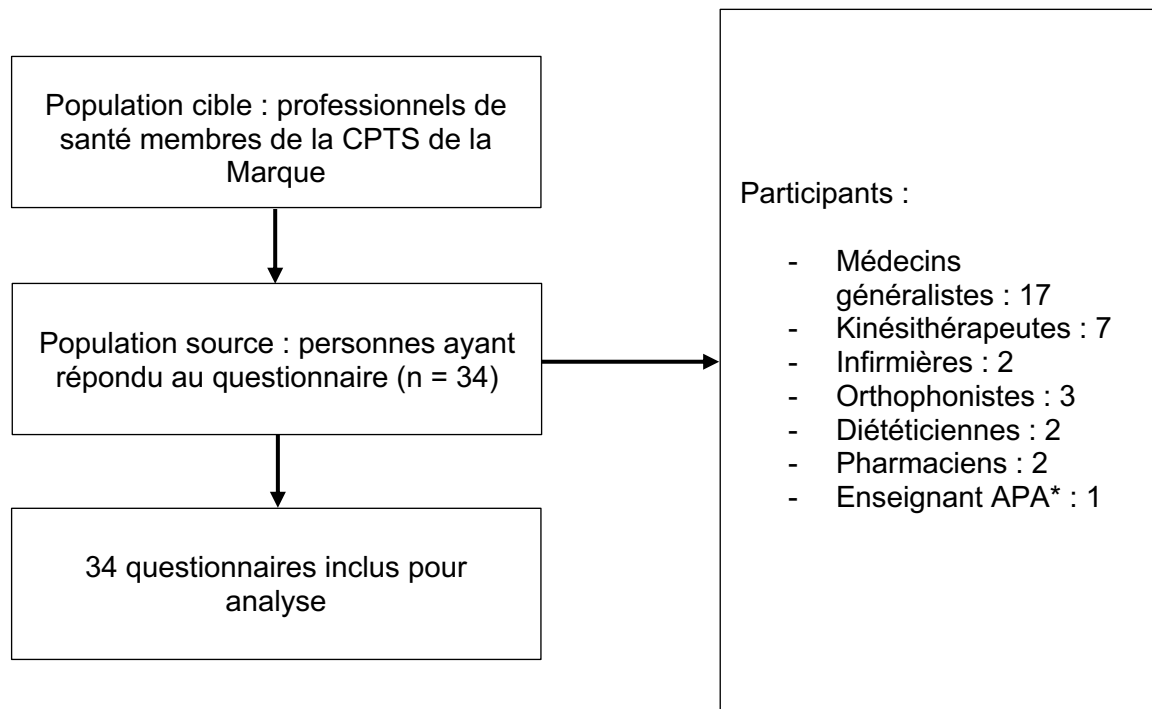


Figure 1 : Diagramme de flux de la population étudiée

*Professionnels de santé membres de la CPTS de la Marque ayant répondu au questionnaire (n = 34). Tous ont été inclus dans l'analyse : 17 médecins généralistes, 7 kinésithérapeutes, 3 orthophonistes, 2 pharmaciens, 2 diététiciennes, 2 infirmières et 1 enseignant APA (*non adhérent à la CPTS mais exerçant sur le territoire).*

Caractéristiques des répondants

Au total, 34 professionnels de santé ont répondu au questionnaire. Tous ont complété l'ensemble des 10 items du SUS permettant l'inclusion de l'ensemble des réponses dans l'analyse.

Parmi eux, on comptait 19 femmes et 15 hommes, avec un âge moyen de 38,5 ans ($\pm$ 9,2 ans).

Les caractéristiques des participants sont résumées dans le **Tableau 1**.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Variable	Modalité	Effectif (%)
Sexe	Féminin	19 (55,9%)
	Masculin	15 (44,1%)
Âge (ans)	Moyenne +/- ET	38,5 +/- 9,2
	Médiane [IQR]	34,5 [33,0 – 42,8]
Profession	Médecin généraliste	17 (50,0%)
	Kinésithérapeute	7 (20,6%)
	Orthophoniste	3 (8,8%)
	Pharmacien	2 (5,9%)
	Diététicienne	2 (5,9%)
	Enseignant APA	1 (2,9%)
	Infirmière	2 (5,9%)
Mode d'exercice	Installé en MSP	14 (41,2%)
	Installé en groupe	14 (41,2%)
	Installé seul	4 (11,8%)
	Activité mixte (salariée et libérale)	1 (2,9%)
	Titulaire	1 (2,9%)

3. Analyse quantitative

A. Objectif principal : calcul du score d'utilisabilité SUS

Le score SUS médian était de 61,3 [43,8 – 91,3], ce qui correspond à une utilisabilité jugée modérée. Pour comparaison avec la littérature, la moyenne et l'écart-type de la moyenne était de $64,9 \pm 4,5$, légèrement en dessous du seuil de 68 classiquement admis comme indicateur d'une utilisabilité satisfaisante.

Un exemple détaillé du calcul du score SUS est disponible en Annexe-7.

Tableau 2. Analyse détaillée des réponses au questionnaire SUS

	1-Pas du tout d'accord	2-Pas d'accord	3-Ni d'accord ni pas d'accord	4-D'accord	5-Tout à fait d'accord
Je pense utiliser ces outils fréquemment	10 (29,4%)	4 (11,8%)	3 (8,8%)	9 (26,5%)	8 (23,5%)
Ces outils sont inutilement complexes	15 (44,1%)	8 (23,5%)	9 (26,5%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)
Ces outils sont faciles à utiliser	3 (8,8%)	3 (8,8%)	9 (26,5%)	8 (23,5%)	11 (32,4%)
J'aurais besoin du soutien d'une autre personne pour être capable d'utiliser ces outils	18 (52,9%)	3 (8,8%)	5 (14,7%)	3 (8,8%)	5 (14,7%)
Les différentes fonctionnalités de ces outils sont bien intégrées	8 (23,5%)	3 (8,8%)	6 (17,6%)	10 (29,4%)	7 (20,6%)
Il y a trop d'incohérences dans ces outils	16 (47,1%)	6 (17,6%)	10 (29,4%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)
La plupart des médecins généralistes apprendront à utiliser ces outils très rapidement	3 (8,8%)	4 (11,8%)	8 (23,5%)	12 (35,3%)	7 (20,6%)
J'ai trouvé les outils difficiles à utiliser	12 (35,3%)	8 (23,5%)	9 (26,5%)	4 (11,8%)	1 (2,9%)
Je me suis senti(e) très en confiance en utilisant ces outils	3 (8,8%)	4 (11,8%)	10 (29,4%)	7 (20,6%)	10 (29,4%)

J'ai eu besoin d'apprendre beaucoup de choses avant de pouvoir utiliser ces outils	13 (38,2%)	4 (11,8%)	9 (26,5%)	4 (11,8%)	4 (11,8%)
---	------------	-----------	-----------	-----------	-----------

B. Objectifs secondaires

Analyse de l'utilisabilité perçue (SUS) par sous-groupes professionnels

Une analyse par profession met en évidence des différences marquées. Les résultats sont présentés sous forme de médiane [IQR] :

- Médecins généralistes (n = 17) : 87,5 [52,5 – 97,5]
- Kinésithérapeutes (n = 7) : 57,5 [45,0 – 67,5]
- Autres professionnels de santé (diététiciennes, orthophonistes, infirmières, pharmaciens, enseignant APA) : 60,0 [43,8 – 69,4]

A titre de comparaison avec les seuils d'interprétabilité de la littérature, les moyennes et écarts-types de la moyenne étaient respectivement de $71,6 \pm 7,35$, $60 \pm 7,18$ et $56,8 \pm 5,68$.

Le score d'utilisabilité (SUS) a été comparé entre 3 sous-groupes professionnels (médecins généralistes, kinésithérapeutes et autres professionnels de santé).

Le résultat (Kruskal–Wallis, $p = 0,29$) ne met pas en évidence de différence significative entre les groupes.

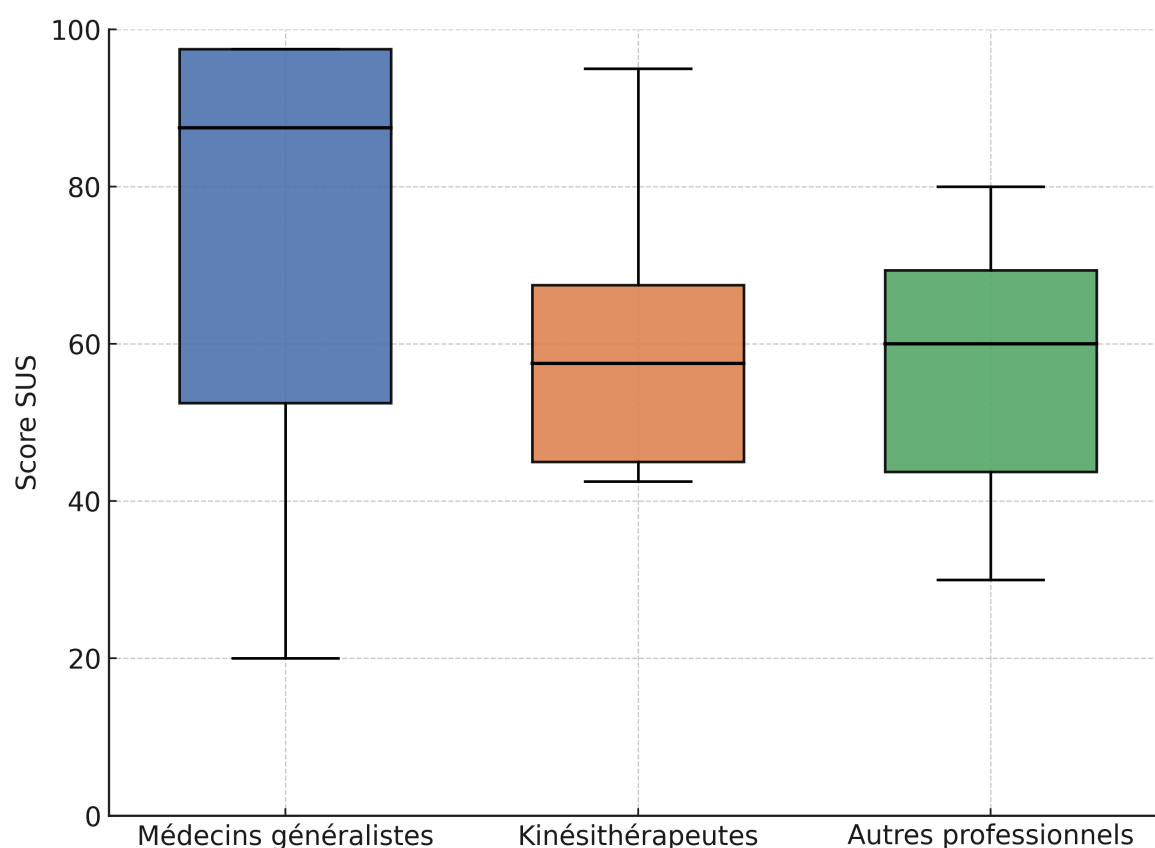


Figure 2 : Distribution des scores SUS par sous-groupe professionnel

Chaque boîte (boxplot) représente la médiane et l'intervalle interquartile (IQR). Les moustaches indiquent les valeurs extrêmes et permettent de visualiser la dispersion des scores dans chaque groupe.

Évolution des pratiques de recommandations d'AP (Δ AP)

Avant l'intervention, la recommandation d'activité physique était présente mais inégalement pratiquée : 2 répondants (5,9%) ne la proposaient jamais, 9 (26,5%) la recommandaient de manière occasionnelle, 16 (47,1%) la recommandaient souvent, et 7 (20,6%) la recommandaient systématiquement.

Tableau 3. Variation de la fréquence de recommandations d'activité physique (Δ_{AP})

Catégorie	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de recommandations (<0)	6	17,6
Pas de changement (=0)	23	67,6
Plus de recommandations (>0)	5	14,7

Le test de Wilcoxon pour données appariées n'a pas montré de différence significative entre les mesures avant et après intervention ($p = 0,31$).

Les analyses par sous-groupes (tests de Mann–Whitney ou Kruskal–Wallis selon le nombre de modalités) n'ont pas mis en évidence de différences significatives selon la profession ($p = 0,40$), le sexe ($p = 0,75$) ou l'âge.

La comparaison selon le mode d'exercice montrait une tendance au seuil de significativité ($p = 0,05$) suggérant que les professionnels exerçant en MSP avaient accru davantage leurs recommandations d'AP que ceux exerçant en cabinet de groupe.

Évolution des prescriptions d'activité physique adaptée (Δ_{APA})

La variable Δ_{APA} a été analysée chez les médecins généralistes et les kinésithérapeutes.

Avant l'intervention, la prescription ou le renouvellement d'APA restait peu fréquent chez les professionnels habilités.

Parmi les médecins généralistes ($n = 17$), 11 (64,7%) ne prescrivaient jamais d'APA, 3 (17,6%) la prescrivaient occasionnellement, 2 (11,8%) souvent et 1 (5,9%) systématiquement.

Chez les kinésithérapeutes ($n = 7$), 6 (85,7%) déclaraient ne jamais renouveler ou prescrire d'APA et 1 (14,3%) la prescrivait parfois.

Tableau 4. Variation de la fréquence de prescriptions d'activité physique adaptée (Δ _APA)

Catégorie	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de prescriptions (<0)	1	4,2
Pas de changement (=0)	9	37,5
Plus de prescriptions (>0)	14	58,3

Le test de Wilcoxon pour données appariées a mis en évidence une augmentation significative des prescriptions d'APA entre l'avant et l'après intervention ($p = 0,008$).

En analyses par sous-groupes, une évolution significative a été retrouvée chez les médecins généralistes ($p = 0,002$), alors qu'aucun changement n'a été observé chez les kinésithérapeutes ($p = 1$).

La comparaison interprofessionnelle (test de Mann–Whitney) a montré une augmentation plus importante de la prescription d'APA chez les médecins généralistes que chez les kinésithérapeutes ($p = 0,028$).

Aucune différence significative n'a été observée selon le mode d'exercice ($p = 0,17$), le sexe ($p = 0,29$) ou l'âge ($p = 0,95$).

4. Analyse qualitative : pistes d'améliorations et remarques

L'analyse qualitative des réponses ouvertes a permis d'identifier les forces et faiblesses des outils et ainsi de définir les pistes d'amélioration pour favoriser leur appropriation par les professionnels.

Ces retours soulignent la pertinence des outils développés, perçus comme un appui concret à l'intégration de l'AP dans les pratiques cliniques (Annexe-8, extraits de verbatims issus des réponses au questionnaire en ligne).

Plusieurs répondants saluent leur simplicité et leur clarté : « Fiches très claires et pratiques à utiliser en consultation », « Outils simples et pratiques à utiliser qui peuvent nous aider dans le dialogue avec le patient ». Le recensement des structures locales d'AP est également apprécié, considéré comme « un vrai plus et un gain de temps ».

Certains freins à la mise en œuvre opérationnelle ont néanmoins été soulevés.

La principale difficulté évoquée concerne la dimension financière, avec un besoin récurrent d'alléger le coût pour les patients : « Besoin de plus de structures accessibles financièrement », « La prise en charge financière est un levier majeur ».

D'autres professionnels insistent sur la nécessité d'une mise à jour régulière et d'une diffusion élargie des outils, afin de garantir leur pertinence et leur utilisation à long terme : « Diffusion large des outils. Mise à jour régulière ».

Enfin, plusieurs soulignent un manque de coordination interprofessionnelle, estimant nécessaire d'améliorer les liens entre acteurs du parcours et avec les services municipaux : « Améliorer la coordination entre les acteurs du parcours », « Davantage de liens avec les services des sports de la ville ».

Plusieurs professionnels expriment aussi le souhait d'une implication plus large des autres professions de santé dans le dispositif, comme les kinésithérapeutes ou les orthophonistes : « Que les kinésithérapeutes puissent prescrire », « Information plus précise auprès des orthophonistes ».

Ces retours permettent d'envisager des pistes concrètes d'évolution du parcours, soulignant l'importance de renforcer la coordination territoriale, d'impliquer davantage de professions et de sécuriser la pérennité des outils via une mise à jour régulière.

Discussion

Cette étude avait pour objectif de concevoir, de diffuser et d'évaluer des outils d'aide à la promotion de l'AP et à la prescription d'APA en soins primaires. En s'appuyant sur une démarche participative au sein d'une CPTS, ce travail montre qu'il est possible de concevoir des supports simples et contextualisés, adaptés aux soins de premier recours, et présentant un réel potentiel d'appropriation par les professionnels de santé.

Le score d'utilisabilité (SUS) global était de 64,9/100, soit un niveau d'utilisabilité modérée selon les classifications usuelles (20,23,24).

Ce résultat est conforme aux scores observés dans d'autres travaux portant sur des outils numériques de santé (25–27). Il reflète une perception globalement favorable, d'autant plus que les médecins généralistes atteignaient un score supérieur à 70, franchissant le seuil indicatif d'une bonne utilisabilité.

Ces résultats suggèrent une appropriation particulièrement marquée chez les médecins généralistes, en cohérence avec leur rôle central dans la prescription et l'orientation des patients.

Comme le rapportent d'autres travaux (23,24), c'est avant tout la compatibilité des supports avec les contraintes de la pratique quotidienne qui conditionne leur utilisabilité : intégration facile dans un temps de consultation limité, lisibilité, simplicité d'usage et pertinence par rapport aux ressources locales. Les retours qualitatifs recueillis dans notre étude vont dans ce sens : plusieurs participants ont souligné la clarté, la simplicité et le gain de temps apportés par les fiches pathologies et les supports d'orientation. Ces constats rejoignent ceux du rapport de la Mission Régionale Sport-Santé (MRSS), qui décrit des difficultés analogues de lisibilité et de coordination au niveau national, en particulier concernant l'articulation entre Maisons Sport-Santé, CPTS et structures sportives locales (14).

Concernant la recommandation d'AP (Δ_{AP}), aucune différence significative n'a été observée entre l'avant et l'après intervention, la majorité des participants déclarant des pratiques stables.

Ce résultat rejoint les constats de la littérature, qui soulignent que l'évolution des pratiques de prévention est un processus progressif, nécessitant du temps, des interventions répétées et parfois des incitations financières ou organisationnelles pour s'ancrer durablement (13,17,18,28). Dans ce contexte, le fait que près d'un tiers des répondants aient rapporté une évolution apparaît comme un signe d'amorce de changement et témoigne d'une réflexion engagée par les professionnels à la suite de l'intervention.

Une tendance a par ailleurs été observée selon le mode d'exercice ($p = 0,05$), suggérant que les dynamiques collectives et la coordination au sein des MSP pourraient favoriser une meilleure appropriation des outils, comparativement à l'exercice en groupe.

Ce constat est en accord avec des travaux montrant que l'exercice coordonné, en renforçant les échanges entre pairs et la structuration des pratiques, constituent un levier important pour l'intégration de nouvelles démarches de prévention (29). L'ancrage collectif et interprofessionnel apparaît ainsi comme un facteur clé dans l'évolution des pratiques.

Enfin, la stabilité globale des pratiques à court terme n'exclut pas un impact différé. Plusieurs travaux ont montré que les interventions de promotion de l'AP demandent une phase d'appropriation avant d'influencer durablement les comportements des soignants (16,28). Une évaluation longitudinale, réalisée après un délai plus long, serait ainsi plus à même de mesurer l'effet réel de ces outils.

Concernant la prescription d'APA (Δ_APA), une amélioration significative a été observée après l'intervention avec plus de la moitié des participants rapportant une augmentation de leurs prescriptions. Cet effet était particulièrement marqué chez les médecins généralistes, confirmant leur rôle central dans l'initiation de la prescription d'APA.

Ce constat est cohérent avec l'étude nationale menée par Hagiou en 2025, qui montre que la prescription d'APA reste encore minoritaire dans les pratiques de soins primaires en France, malgré un cadre réglementaire existant (30).

Plusieurs dispositifs ont été développés pour encourager cette pratique, tels que Prescri'Forme en Île-de-France (25), MonBilanAP (26) ou encore l'outil numérique APACLIC développé en Hauts-de-France (27).

Ces outils offrent des fonctionnalités riches (prescription guidée, orientation, impression de documents), mais leur adoption en pratique clinique reste limitée. Les freins évoqués concernent parfois la disponibilité technique (interfaces jugées peu intuitives, temps nécessaire à la prise en main, connexion Internet) et des contraintes plus structurelles (absence d'intégration dans les logiciels métiers ou encore faible adaptation au contexte local) (16,17).

La thèse de Charles Lelièvre (19) a mis en évidence une forte attente des professionnels de santé pour des outils simples, ergonomiques et adaptés au terrain, utilisables facilement en consultation. Les supports développés dans notre étude répondent à ce besoin. L'obtention d'un effet significatif sur les pratiques, malgré un effectif restreint, souligne la pertinence d'un format pragmatique et immédiatement mobilisable en soins primaires.

Ces résultats illustrent l'intérêt d'une approche territoriale, complémentaire des plateformes numériques nationales, pour diffuser plus largement la prescription d'APA. Cette orientation s'inscrit pleinement dans la SNSS 2025–2030, qui promeut le développement d'outils concrets et contextualisés pour soutenir les professionnels de premier recours (13).

Par ailleurs, cette thèse comprend en Annexe-9 un tableau réalisé pour ce travail et diffusé auprès de la CPTS de la Marque recensant les prises en charge proposées par différentes mutuelles pour la prescription d'APA. Ce support met en évidence l'hétérogénéité importante des modalités de remboursement selon les organismes tant en termes de montant que de conditions d'éligibilité. Peu de travaux antérieurs ont synthétisé de manière opérationnelle ces dispositifs financiers, alors même que la question du coût reste un frein majeur identifié par les professionnels de santé comme par les patients (31). La réalisation de ce tableau représente donc une contribution pratique utile, directement exploitable en consultation pour orienter les patients et lever un obstacle concret à la mise en œuvre de l'APA tout en soulignant la nécessité d'une harmonisation et d'une meilleure diffusion des dispositifs de financement.

Cette étude présente plusieurs forces qui en renforcent la portée. Tout d'abord, elle s'appuie sur une démarche centrée sur l'utilisateur, avec une co-construction des outils directement à partir des besoins exprimés par les professionnels de santé locaux.

Cette approche participative, encore rarement décrite en soins primaires, a contribué à garantir la pertinence et l'acceptabilité des supports.

Ensuite, la diversité des outils proposés – fiches pathologies, schéma d'orientation, ordonnances types, affiche de promotion et annuaire des structures – a permis de répondre à différents temps de la consultation et de favoriser l'appropriation par différents professionnels de santé.

L'ancrage territorial du dispositif, pensé et testé au sein d'une CPTS, a renforcé son intégration dans les pratiques de terrain en tenant compte des ressources locales disponibles.

L'évaluation méthodologique constitue également un atout : l'association du score SUS à l'analyse des évolutions de pratiques (Δ_{AP} et Δ_{APA}) a permis d'obtenir une vision complémentaire, combinant la perception d'utilisabilité et l'impact concret sur les pratiques.

Enfin, malgré un effectif limité, l'étude a mis en évidence un effet significatif sur la prescription d'APA, témoignant du potentiel des outils développés à susciter une évolution des pratiques professionnelles.

La combinaison d'analyses quantitatives et qualitatives renforce la solidité de l'évaluation, en donnant accès à la fois à des mesures chiffrées et à la compréhension des mécanismes d'appropriation.

Plusieurs limites doivent néanmoins être prises en compte pour interpréter les résultats de cette étude. Tout d'abord, l'échantillon reste de taille restreinte, en particulier en dehors des médecins généralistes, ce qui limite la puissance statistique et la généralisation des résultats. Ensuite, le caractère volontaire de la participation expose à un biais de sélection : il est probable que les répondants soient déjà sensibilisés ou favorables à la promotion de l'AP, ce qui pourrait surestimer l'adhésion observée. De plus, le recueil des données repose sur des déclarations auto-rapportées, susceptibles d'être influencées par un biais de désirabilité sociale.

L'étude est également limitée par son ancrage territorial : menée au sein d'une seule CPTS, elle reflète des dynamiques locales spécifiques qui ne sont pas nécessairement extrapolables.

Enfin, le délai relativement court entre la diffusion des outils et leur évaluation peut avoir restreint la perception complète de leur utilité. Plusieurs travaux ont montré que le score SUS tend à s'améliorer avec le temps d'usage, une familiarisation progressive conduisant à une satisfaction accrue (23,24).

De plus, le SUS, bien qu'il soit une référence en ergonomie, reste un outil générique qui ne capture pas toutes les dimensions spécifiques à la prescription d'APA en soins primaires.

Pour terminer, l'absence de mesure directe de l'impact sur les patients (pratique réelle d'AP, amélioration clinique) limite l'évaluation du bénéfice final attendu. Il serait donc pertinent de réévaluer ces outils après une période plus longue pour obtenir une mesure plus stable et plus représentative de leur acceptabilité.

Conclusion

Cette thèse a permis de concevoir, de diffuser et d'évaluer des outils d'aide à la promotion d'AP et à la prescription d'APA en soins primaires. En s'appuyant sur une démarche participative, ce travail démontre qu'il est possible et nécessaire de développer des supports simples, ergonomiques et immédiatement exploitables en consultation, répondant à un besoin réel des professionnels de santé.

Au-delà de leur utilisabilité perçue, ces outils ont montré leur capacité à modifier les pratiques, en particulier chez les médecins généralistes, qui sont au cœur du parcours de soins. La mise en évidence d'un impact significatif, malgré un effectif restreint, confirme la pertinence du dispositif et son potentiel pour induire un changement durable des pratiques professionnelles.

L'ancrage territorial a constitué un levier déterminant dans l'appropriation, en s'appuyant sur un modèle clair et inscrit dans les réalités locales, qui pourrait être transposable à d'autres territoires. Ce travail illustre ainsi qu'une approche pragmatique et contextualisée peut compléter efficacement les dispositifs numériques nationaux et contribuer à une meilleure diffusion de l'APA en soins primaires.

Ces résultats invitent à envisager une diffusion à plus grande échelle, soutenue par l'intégration dans les logiciels métiers, l'organisation de temps de formation et une veille régulière sur les dispositifs de prise en charge financière. Ils apportent également une contribution méthodologique originale, en combinant l'évaluation d'utilisabilité (SUS) et l'analyse des évolutions de pratiques professionnelles, ouvrant la voie à de futures recherches sur l'appropriation des outils en soins primaires.

En définitive, cette démarche met en évidence qu'une mobilisation collective, fondée sur l'écoute des besoins des futurs utilisateurs et la co-construction peut produire des outils opérationnels, acceptés par les professionnels de santé et susceptibles d'induire une évolution des pratiques.

Ce travail pose ainsi les bases d'une intégration plus systématique de l'AP dans l'exercice de la médecine générale au service d'une prévention active, concrète et accessible à tous. À terme, en favorisant la prescription d'APA, ce modèle contribue à améliorer l'accès des patients à des parcours de soins plus complets et équitables. Il s'inscrit pleinement dans les priorités fixées par la SNSS 2025–2030 (13) , qui vise à renforcer l'intégration de l'AP dans les politiques de santé publique.

Déclaration de conflits d'intérêts

L'auteur/autrice et le directeur/directrice de thèse déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cette thèse.

Les liens d'intérêts sont consultables en ligne sur le site transparence.sante.gouv.fr.

Références bibliographiques

1. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol*. 2017;32(5):541–56.
2. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 2015 Dec;25(S3):1–72.
3. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010 May 11;7(1):38.
4. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020.
5. Santé Publique France. Baromètre santé 2021 : Activité physique et sédentarité des adultes. Saint-Maurice: SPF; 2022.
6. Haute Autorité de Santé. Activité physique : prévention et prise en charge des maladies chroniques. Recommandations de bonnes pratiques. Saint-Denis: HAS; 2019.
7. Direction générale de la santé. Guide de l'activité physique adaptée pour les professionnels de santé. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2022.
8. Bricout VA, Aucouturier J, Maunoury C, et al. L'activité physique adaptée : effets thérapeutiques démontrés et perspectives d'avenir. *Rev Med Interne*. 2018;39(2):80–7.
9. Haskell WL, Blair SN, Hill JO. Physical activity: health outcomes and importance for public health policy. *Prev Med*. 2009;49(4):280–2.
10. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *J Off Répub Fr*. 2016 Jan 27.
11. Décret n°2022-1125 du 5 août 2022 relatif à la prescription et à la dispensation de l'activité physique adaptée. *J Off Répub Fr*. 2022 Aug 6.
12. Ministère des Sports. Stratégie nationale sport-santé 2019-2024 : rapport 2022. Paris : Ministère des Sports ; 2022.
13. Ministère des Sports. Stratégie nationale Sport-Santé 2025-2030 [Internet]. Paris : Ministère des Sports; 2025 Sep 4 [cité 2025 Sep 21]. Disponible sur: https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/?page_id=16444

14. Perrier C, Perrin C. Mailler les réseaux sport-santé. Rapport de recherche. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2025.
15. Grémy I, Duclos M. Activité physique en prévention et traitement des maladies chroniques. *Bull Épidémiol Hebd*. 2020 Nov 3;(HS):3–13.
16. Nauta J, van Nassau F, Bouma AJ, Krops LA, van der Ploeg HP, Verhagen E, et al. Barriers and facilitators for referring people with chronic diseases to exercise specialists in primary care: a mixed-method study. *BMJ Open*. 2021;11(2):e042903.
17. Baillot A, Romain AJ, Boisvert-Vigneault K, Audet M, Baillargeon JP, Dionne IJ. Barriers and facilitators for referring patients with chronic diseases to community-based exercise programs: a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2022;12(3):e052920. *Br J Gen Pract*. 2018;68(667):e416–22.
18. Inserm. Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques. Expertise collective. 2019. [Internet]. Paris : Inserm; 2019 [cité 2025 Jul 26]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques/>
19. Lelièvre C. Évaluation des attentes des médecins généralistes des Hauts-de-France en termes d'aide à la prescription d'activité physique adaptée. Thèse d'exercice. Université de Lille; 2024.
20. Jamelet L, Renard JM, Thierry B. Traduction, adaptation et validation en français du questionnaire « System Usability Scale » (SUS). *Rev Eur Psychol Appl*. 2015;65(5):245–52.
21. Bangor A, Kortum PT, Miller JT. An empirical evaluation of the System Usability Scale. *Int J Hum Comput Interact*. 2008;24(6):574–94.
22. Brooke J. SUS: A quick and dirty usability scale. In: Jordan PW, Thomas B, Weerdmeester BA, McClelland IL, editors. *Usability evaluation in industry*. London: Taylor & Francis; 1996. p. 189–94.
23. Sauro J. A practical guide to the System Usability Scale: background, benchmarks & best practices. Denver, CO: MeasuringU Press; 2011.
24. McLellan S, Muddimer A, Peres SC. The effect of experience on system usability scale ratings. *J Usability Stud*. 2012 Feb 1;7(2):56–67.
25. Agence régionale de santé Île-de-France, CROS Île-de-France. Prescri'Forme [Internet]. Paris: ARS Île-de-France; 2023 [cited 2025 Jul 28]. Available from: <https://www.prescriforme.fr>.
26. Observatoire régional du sport santé. MonBilanAP [Internet]. Lyon:

Observatoire régional du sport santé; 2023 [cited 2025 Jul 28]. Available from: <https://monbilansportsante.fr>.

27. Tanchoux T, Bruniaux A. APACLIC: outil de prescription et d'orientation APA développé par la CPTS d'Amiens [thèse d'exercice]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2023.

28. Haute Autorité de Santé. Guide des activités physiques et sportives. [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. [cited 2024 Apr 26]; Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf

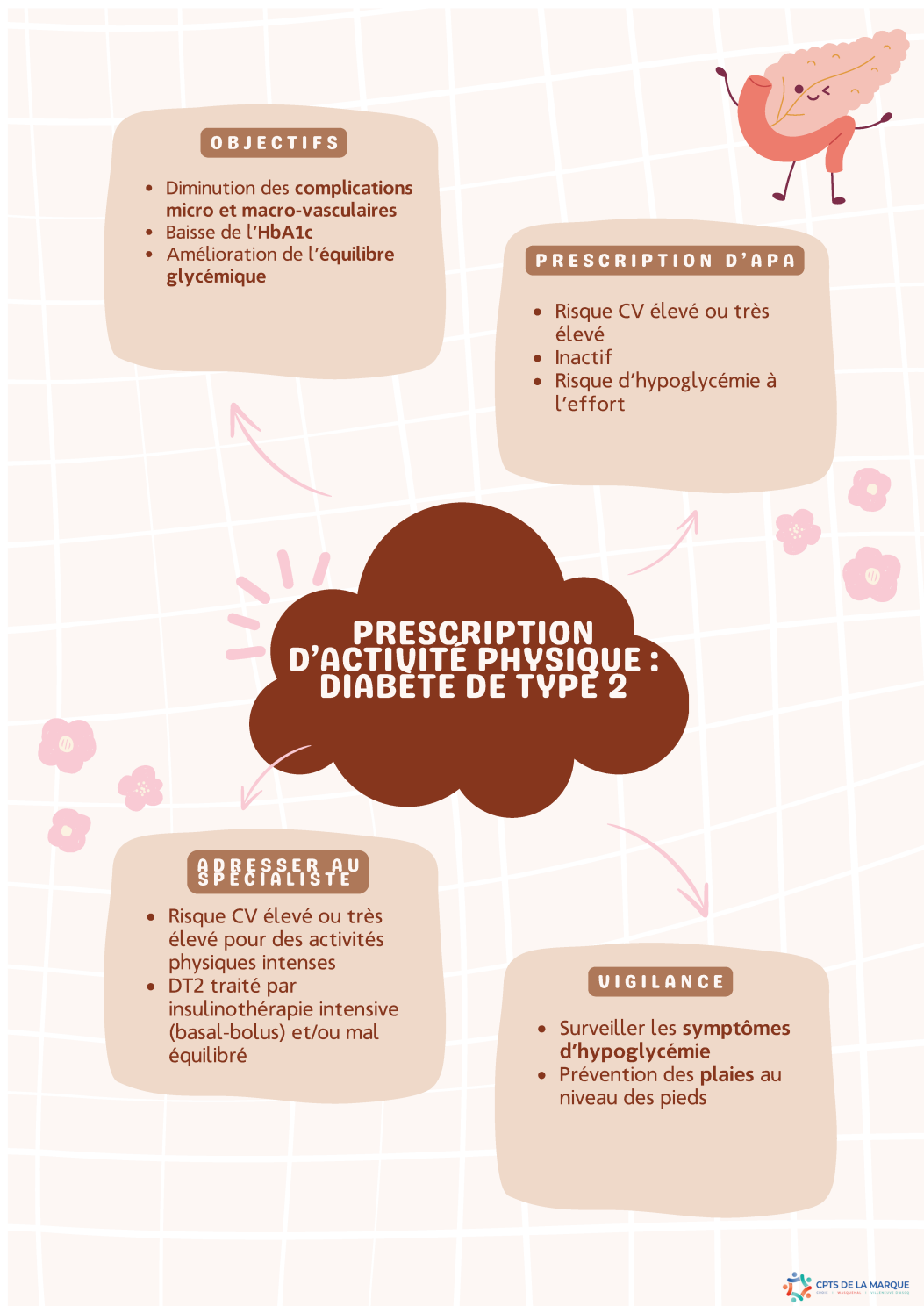
29. Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy*. 2010 May;98(2–3):131–43.

30. Hagi DP, Entemeyer L, Falcon A. Physical activity prescription in general practice in France: where do we stand? A cross-sectional study. *BMC Prim Care*. 2025 Apr 14;26(1):107. doi:10.1186/s12875-025-02815-z.

31. Romain AJ, Abdel-Baki A, Després JP, Baillot A. Facilitators and barriers to physical activity in people with chronic disease: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2019 Apr;53(12):720–31.

Annexes

Annexe-1. Fiches pathologies



RECOMMANDATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

QUOTIDIENNE

Intensité : légère à modérée



Marcher, monter les escaliers, jardiner, faire le ménage

VA :
Piscine du Triolo (3,50€/séance)
Marche nordique ACVA (170€/an)

Croix :
Tennis Club Croix (120-250€/an)

Wasquehal :
EPWLM Patinage sur glace (55€/12 entrées)
Association Temps-Danse (210€/an)

ENDURANCE

Fréquence : ≥ 5 jours par semaine
Tous les jours si possible



Intensité : Modérée
Augmenter progressivement vers une intensité élevée

Durée : 150 min par semaine (5 fois 30min)
Bénéfices supplémentaires pour la santé avec 300min ou plus par semaine

RENFORCEMENT MUSCULAIRE



Fréquence : 2 à 3 jours par semaine non consécutifs

Intensité : Modérée

Durée : 30min 3 fois par semaine (travailler chaque groupe musculaire majeur du corps)

VA :
Muscles et ligne
(100€/an)

Wasquehal :
Esperance gym
(120-160€/an)

VA :
Trait d'Union Relaxation/Yoga
(61€/trimestre)

Croix :
Association Yin Yang Taiji Quan
& Qi Gong (80€/an)

Wasquehal :
Salle Victor-Honoré,
Sophrologie

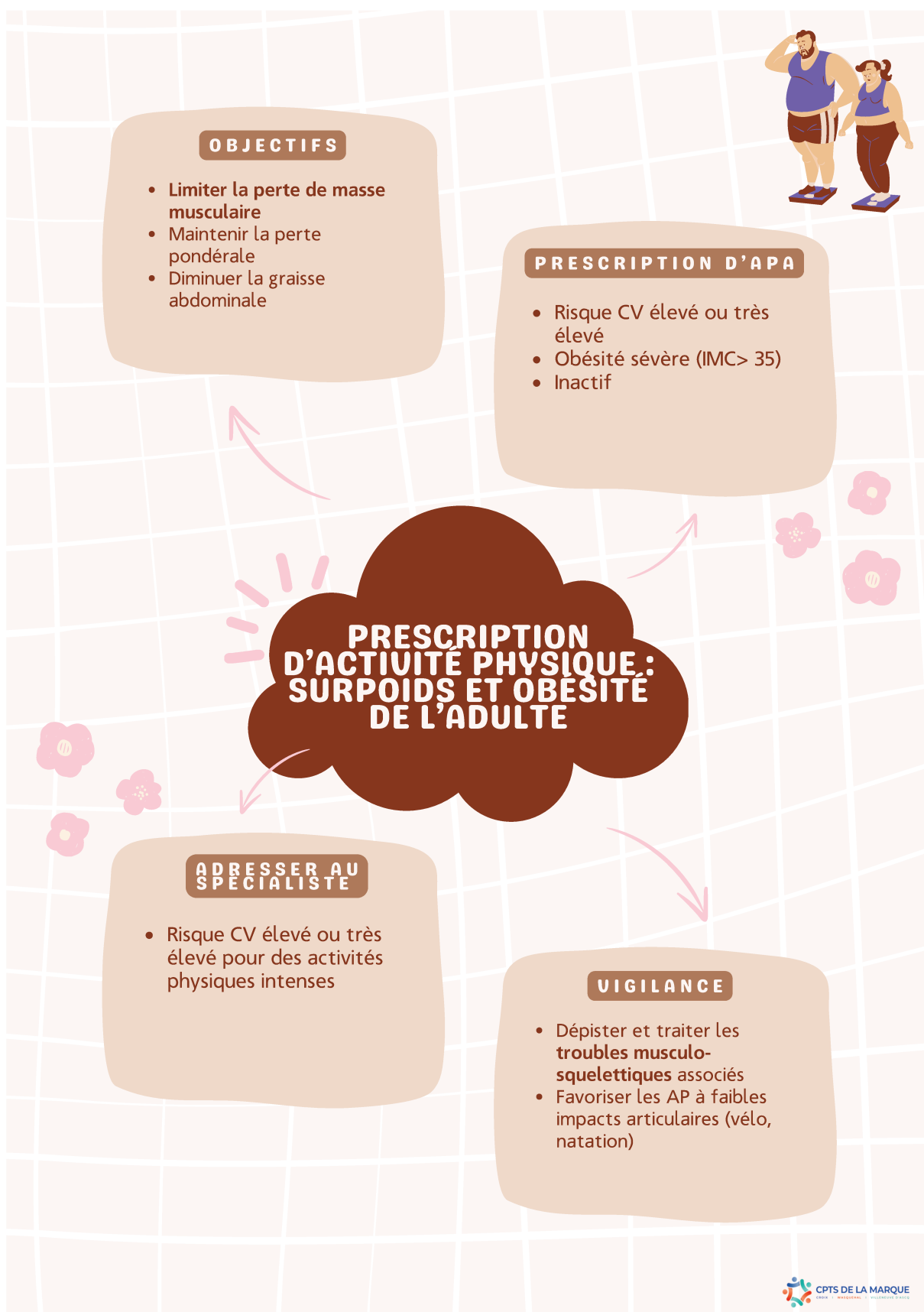
ASSOUPPLISSEMENT

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine



Intensité : Étirement jusqu'au point de tension ou de léger inconfort

Durée : Étirement statique de 10 à 30 secondes, 2 à 4 répétitions pour chaque exercice



RECOMMANDATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

QUOTIDIENNE

Intensité : légère à modérée



Marcher, monter les escaliers, jardiner, faire le ménage

VA :
Course à pied club CAVA (15€/an)
Marche nordique ACVA (170€/an)

Croix :
Piscine municipale, Aquaforme (200€/an)

Wasquehal :
Centre nautique Calypso
Aqua gym, Aqua jogging (100€/11 séances)

ENDURANCE

Fréquence : ≥ 5 jours par semaine
Tous les jours si possible



Intensité : Modérée
Augmenter progressivement vers une intensité élevée

Durée : 150 min par semaine (soit 30 min 5 fois par semaine)

RENFORCEMENT MUSCULAIRE

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine non consécutifs



Intensité : Modérée

Durée : 30min 3 fois par semaine (travailler chaque groupe musculaire majeur du corps)

VA :
Muscles et ligne (100€/an)

Croix :
Club de culturiste croisien

VA :
Trait d'Union Relaxation/Yoga (61€/trimestre)

Croix :
Association Yin Yang Taiji Quan & Qi Gong (80€/an)

Wasquehal :
Salle Victor-Honoré,
Sophrologie

ASSOUPPLISSEMENT

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine



Intensité : Étirement jusqu'au point de tension ou de léger inconfort

Durée : Étirement statique de 10 à 30 secondes, 2 à 4 répétitions pour chaque exercice



RECOMMANDATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

QUOTIDIENNE

Intensité : légère à modérée



Marcher, monter les escaliers, jardiner, faire le ménage

VA :
Badminton ALA (35€/an)
Basket ESBVA (135€/an)

Croix :
Iris club football (195€/an)

Wasquehal :
Centre nautique Calypso (100€/11 séances)
Club de marche (50€/an)

ENDURANCE

Fréquence : 3 à 7 jours par semaine

Intensité : Modérée
Augmenter progressivement vers une intensité élevée

Durée : 30min par jour



RENFORCEMENT MUSCULAIRE

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine non consécutifs

Intensité : Modérée

Durée : 30min 3 fois par semaine (travailler chaque groupe musculaire majeur du corps)

VA :
Renforcement musculaire sport santé FAHVA

Wasquehal :
Corespa salle de sport (59€/mois)

VA :
Yoga équilibre (220€/an)

Croix :
Association Yin Yang Taiji Quan & Qi Gong (80€/an)

Wasquehal :
Salle Victor-Honoré,
Sophrologie

ASSOUPPLISSEMENT

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine

Intensité : Étirement jusqu'au point de tension ou de léger inconfort

Durée : Étirement statique de 10 à 30 secondes, 2 à 4 répétitions pour chaque exercice





RECOMMANDATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

QUOTIDIENNE

Intensité : légère à modérée



Marcher, monter les escaliers, jardiner, faire le ménage

VA :

Piscine du Triolo (3,50€/séance)
Marche nordique ACVA (170€/an)
Foot en marchant (Sport Santé)

Croix :

Piscine municipale, Aquaforme (200€/an)

Wasquehal :

Centre nautique Calypso Aquagym, Aquadouce, Aquajogging (100€/11 séances)

ENDURANCE

Fréquence : ≥ 5 jours par semaine
Tous les jours si possible



Intensité : Modérée

Augmenter progressivement vers une intensité élevée

Durée : 150 min par semaine (5 fois 30min)

RENFORCEMENT MUSCULAIRE



Fréquence : 2 à 3 jours par semaine non consécutifs

Intensité : Modérée

Durée : 30min 3 fois par semaine (travailler chaque groupe musculaire majeur du corps)

VA :

Gym douce santé
VARS (155€/an)

Wasquehal :

Pilates, Académie
Temps Danse
(210€/an)

ASSOUPPLISSEMENT

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine



Intensité : Étirement jusqu'au point de tension ou de léger inconfort

Durée : Étirement statique de 10 à 30 secondes, 2 à 4 répétitions pour chaque exercice

VA :

Trait d'Union Relaxation/Yoga
(61€/trimestre)

Croix :

Association Yin Yang Taiji Quan
& Qi Gong (80€/an)

Wasquehal :

Salle Victor-Honoré,
Sophrologie



RECOMMANDATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

QUOTIDIENNE

Intensité : légère à modérée



Marcher, monter les escaliers, jardiner, faire le ménage

VA :

Marche nordique
ACVA, Sport Santé
(170€/an)

Wasquehal :

Club de marche, Sport
Santé (50€/an)
Une boxe pour tous,
Sport Santé

ENDURANCE

Fréquence : 5 jours par semaine

Intensité : Modérée

Durée : 30min 5 fois par semaine



RENFORCEMENT MUSCULAIRE

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine non consécutifs

Intensité : Modérée

Durée : 30min 3 fois par semaine (travailler chaque groupe musculaire majeur du corps)



VA :

Renforcement musculaire sport santé FAHVA

Wasquehal :

Gymnastique volontaire, Sport Santé (150€/an)

VA :

Yoga équilibre (220€/an)

Croix :

Association Yin Yang Taiji
Quan & Qi Gong (80€/an)

Wasquehal :

Salle Victor-Honoré,
Sophrologie

ASSOUPPLISSEMENT

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine

Intensité : Étirement jusqu'au point de tension ou de léger inconfort

Durée : Étirement statique de 10 à 30 secondes, 2 à 4 répétitions pour chaque exercice





RECOMMANDATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

QUOTIDIENNE

Intensité : légère à modérée



Marcher, monter les escaliers, jardiner, faire le ménage

VA :

Piscine du Triolo (3,50€/séance)
Marche nordique ACVA (170€/an)

Croix :

Piscine municipale, Aquaforme (200€/an)

Wasquehal :

Centre nautique Calypso Aquagym,
Aquadouce, Aquajogging (100€/11 séances)

ENDURANCE

Fréquence : 3 à 5 jours par semaine



Intensité : Modérée à élevée

Durée : 150 min par semaine à intensité modérée ou 75 min par semaine à intensité élevée

RENFORCEMENT MUSCULAIRE

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine



Intensité : Modérée

Durée : 30min 3 fois par semaine (travailler chaque groupe musculaire majeur du corps)

VA :
Muscles et ligne (100€/an)

Wasquehal :
Esperance gym (120-160€/an)

VA :

Trait d'Union Relaxation/Yoga (61€/trimestre)

Croix :

Association Yin Yang Taiji Quan & Qi Gong (80€/an)

Wasquehal :

Salle Victor-Honoré, Sophrologie

ASSOUPPLISSEMENT

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine



Intensité : Selon l'amplitude tolérée

Durée : Étirement statique de 10 à 30 secondes, 2 à 4 répétitions pour chaque exercice



RECOMMANDATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

QUOTIDIENNE

Intensité : légère à modérée



Marcher, monter les escaliers, jardiner, faire le ménage

VA :

Marche nordique ACVA (170€/an)
Marche avec la Maison des Aînés (gratuit)

Wasquehal :

Centre nautique Calypso (100€/11 séances)
Club de marche (50€/an)

ENDURANCE

Fréquence : 3 à 5 jours par semaine



Intensité : Modérée

Augmenter progressivement vers une intensité élevée selon la tolérance

Durée : 20 à 60min par jour

RENFORCEMENT MUSCULAIRE

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine non consécutifs



Intensité : Légère à modérée

Durée : 30min 3 fois par semaine (travailler chaque groupe musculaire majeur du corps)

VA :

Renforcement musculaire sport santé FAHVA
Fit Pilates Maison des Aînés (8,60€/séance)

Wasquehal :
Espérance gym (59€/mois)

ASSOUPPLISSEMENT

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine



Intensité : Étirement jusqu'au point de tension ou de léger inconfort

Durée : Étirement statique de 10 à 30 secondes, 2 à 4 répétitions pour chaque exercice

VA :

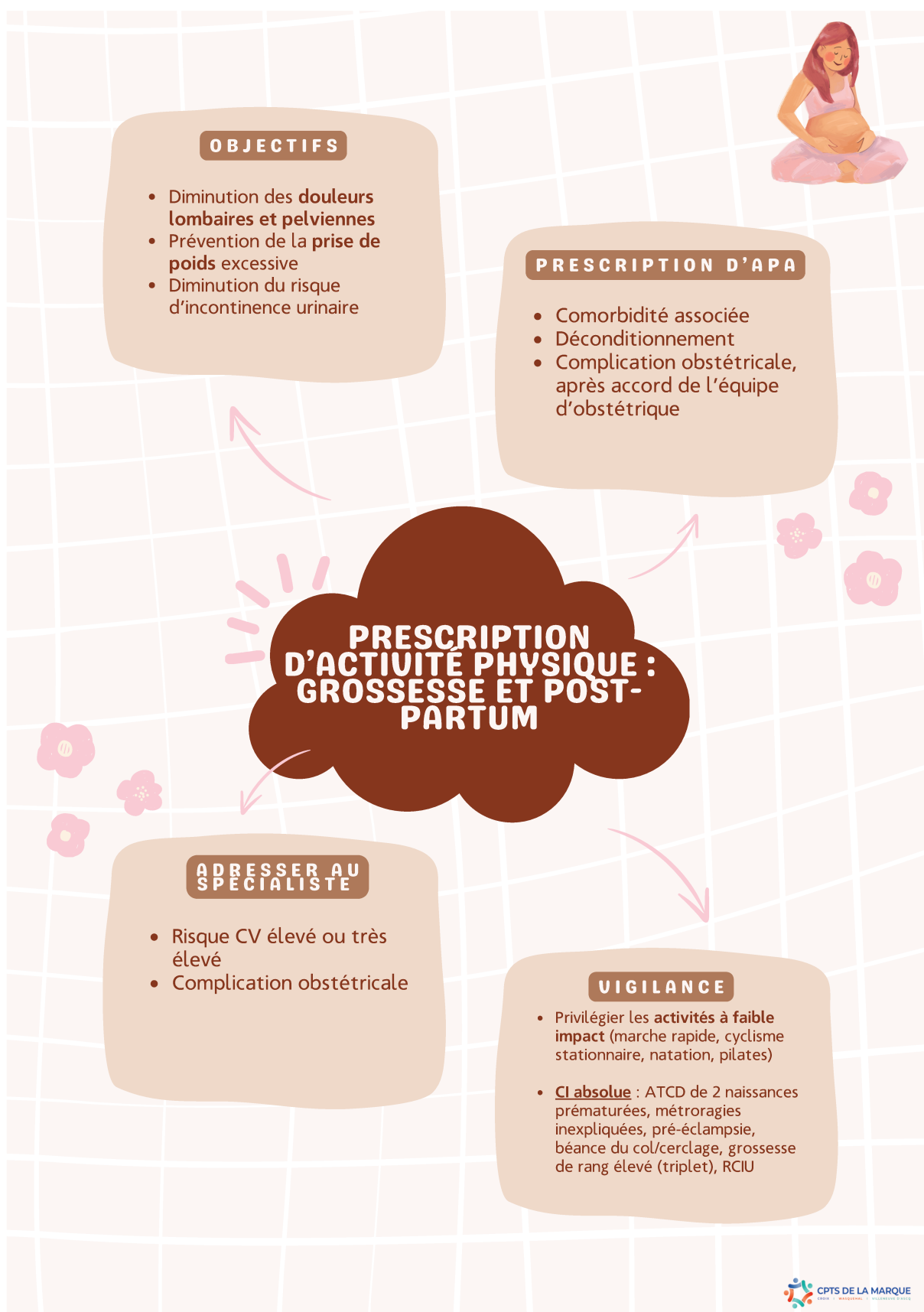
Yoga équilibre (220€/an)

Croix :

Association Yin Yang Taiji
Quan & Qi Gong (80€/an)

Wasquehal :

Salle Victor-Honoré,
Sophrologie



RECOMMANDATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

QUOTIDIENNE

Intensité : légère à modérée



Encourager à être
active tous les
jours

VA :
Marche nordique ACVA (170€/an)

Croix :
Piscine municipale, Aquaforme
(200€/an)

Wasquehal :
Centre nautique Calypso (100€/11
séances)
Club de marche (50€/an)

ENDURANCE

Fréquence : Au moins 3 jours par semaine

Intensité : Modérée

Durée : 150 à 180 minutes par semaine

AP sollicitant les groupes musculaires importants **sans mise en charge**
ou à **faible impact**



RENFORCEMENT MUSCULAIRE

Fréquence : 2 à 3 jours par semaine non consécutifs

Intensité : Modérée

Durée : 30min 3 fois par semaine (principalement le dos, les abdominaux profonds et le plancher pelvien,
éviter la position allongée sur le dos après 16SA)



VA :
Holi Yoga (18€/séance)

Wasquehal :
Be mom pilates pré
et post-natal (30€/séance)

VA :
Yoga équilibre (220€/an)

Croix :
Association Yin Yang Taiji
Quan & Qi Gong (80€/an)

Wasquehal :
Salle Victor-Honoré,
Sophrologie

ASSOUPPLISSEMENT

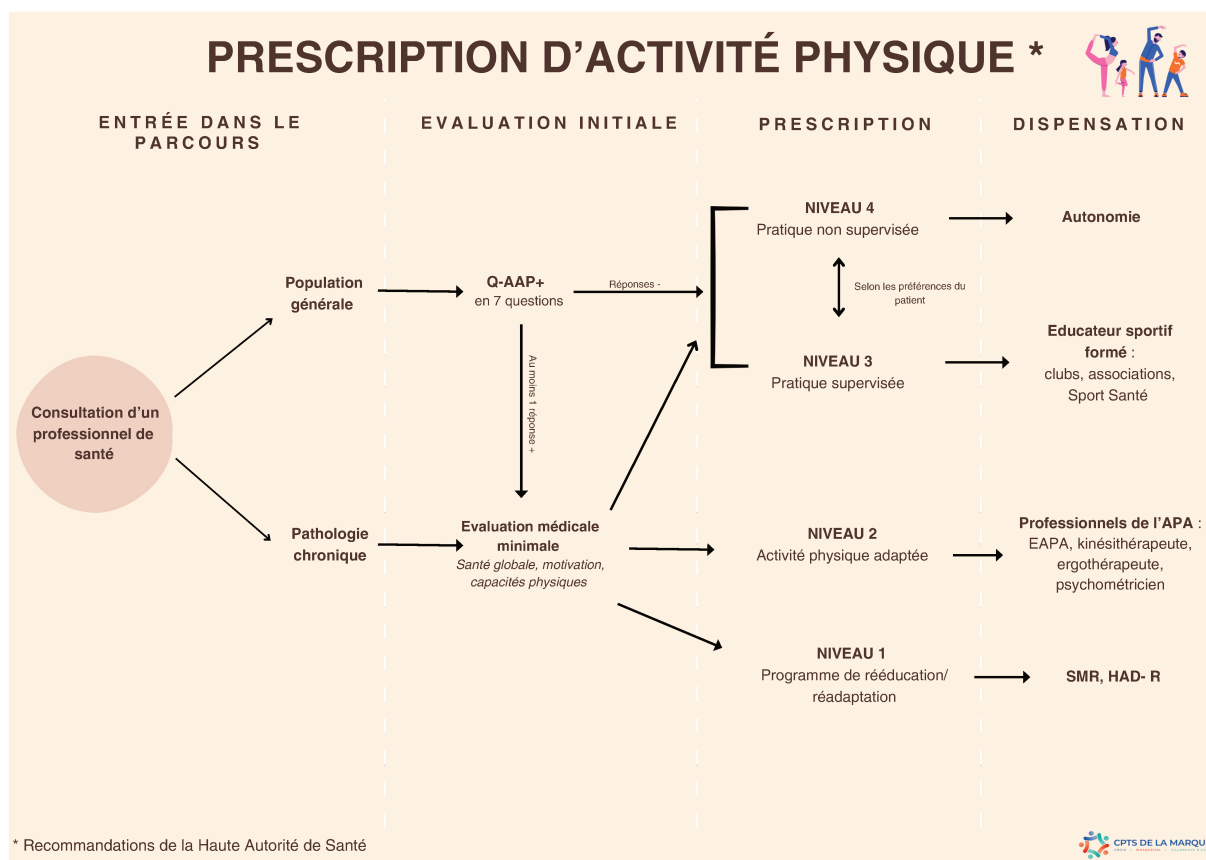
Fréquence : 2 à 3 jours par semaine, au mieux quotidiennement

Intensité : Étirement jusqu'au point de tension

Durée : 1 série d'exercices d'assouplissements statiques actifs ou passifs pour
chaque groupe articulaire majeur



Annexe-2. Schéma décisionnel d'orientation du patient en fonction de son niveau d'activité physique



Q-AAP+

(Questionnaire sur l'Aptitude à l'Activité Physique)

- 1/ Votre médecin vous a-t-il dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque ou d'une hypertension artérielle ?
- 2/ Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, ou au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites une activité physique ?
- 3/ Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ?
- 4/ Avez-vous déjà été diagnostiqué d'une maladie chronique (autre qu'une maladie cardiaque ou d'une hypertension artérielle) ? Lister les maladies.
- 5/ Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ? Lister les maladies et les médicaments.
- 6/ Avez-vous présentement (ou avez-vous eu dans les 12 derniers mois) des problèmes osseux, articulaires ou des tissus mous (muscle, ligament ou tendon) qui pourraient être aggravés par une augmentation d'activité physique ? Répondez « non » si vous avez déjà eu un problème dans le passé, mais qui ne limite pas votre pratique d'activité physique présente.
- 7/ Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne devriez pas faire d'activité physique sans supervision médicale ?

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Les 4 conditions d'une prescription médicale initiale d'APA sont :

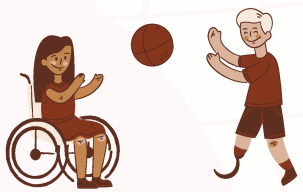
- 1/ Le patient a une maladie et/ou un état fonctionnel pour lesquels l'APA a démontré ses effets bénéfiques*.
- 2/ Il n'a pas déjà un niveau d'AP régulière égal ou supérieur aux recommandations pour la santé de l'OMS.
- 3/ Il ne peut pas augmenter son niveau d'AP en autonomie, de façon adaptée et de façon sécuritaire.
- 4/ Il accepte de suivre un programme d'APA et un changement de comportement plus actif est à terme envisageable.

*Surpoids et obésité de l'adulte, Diabète de type 2, Bronchopneumopathie chronique obstructive, Hypertension artérielle, Syndrome coronarien chronique, Accidents vasculaires cérébraux, Insuffisance cardiaque chronique, Cancers (sein, colorectal, prostate), Dépression, Les personnes âgées, Pendant la grossesse et en post-partum, Diabète de type 1, Maladie asthmatique, Maladie de Parkinson, Artériopathie oblitérante des membres inférieurs, Troubles schizophréniques, Arthroses périphériques, Pathologies articulaires inflammatoires (spondylarthrite ankylosante et polyarthrite rhumatoïde), Sclérose en plaques, Lombalgies persistantes, Fibromyalgie, Surpoids et l'obésité chez l'enfant.

CPTS DE LA MARQUE

Annexe-3. Annuaire des clubs sport santé et des structures locales d'APA

Croix - Wasquehal - Villeneuve d'Ascq



ORIENTER VERS UNE PRATIQUE D'APA

- DocForSport, Décathlon Campus Villeneuve-d'Ascq
- Sport sur Ordonnance, ville de Wasquehal

ORIENTER VERS LE SPORT-SANTÉ

- Une Boxe Pour Tous, Wasquehal - uneboxepourtous@gmail.com - 07.81.65.55.79
- Gymnastique Volontaire de Wasquehal - gvwasquehal@gmail.com - 06.59.20.54.43
- Wasquehal Marche - randowasquehal@gmail.com - 07.66.18.70.46
- Marche Nordique - Running Forme Villeneuve d'Ascq - ACVA - acva@nordnet.fr - 03.20.61.18.43
- Renforcement musculaire Villeneuve d'Ascq - FAHVA - fahva.web@gmail.com - 06.69.38.86.32
- Tennis Santé - FOS tennis Villeneuve d'Ascq - jeannine.mestre@fft.fr - 06.09.74.07.57
- Padel Santé et Tennis Santé La Raquette Villeneuve d'Ascq - la-raquette-va@fft.fr - 03.20.47.09.63
- Foot en marchant Villeneuve d'Ascq - VAFF - s.dulongcourty@vaff.fr - 06.15.50.07.43
- Gym douce santé Villeneuve d'Ascq - VARS LM - vars.lm@laposte.net - 06.43.88.98.02



Annexe-4. Modèle d'ordonnance-type pour la prescription et le renouvellement d'APA

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Pour les patients en ALD, et/ou atteints d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque et/ou en perte d'autonomie



Informations

Je soussigné Dr : _____

prescrit une activité physique adaptée à :

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____

Pendant : ☐ 3 Mois ☐ 6 Mois

à adapter en fonction de l'état des aptitudes du patient.

Indications sur les pathologies (et complications éventuelles) pour lesquelles l'activité est prescrite :

Antécédents médicaux et chirurgicaux significatifs (restrictions, limitations fonctionnelles) :

Si traitement médicamenteux, éventuels effets secondaires à prendre en compte :

Préconisations d'activités

- | | |
|---|--|
| ☐ Renforcement musculaire | ☐ Capacité cardio-respiratoire |
| ☐ Equilibre et proprioception | ☐ Activité à haute intensité |
| ☐ Souplesse et mobilité articulaire | ☐ Bien être
(gestion du stress, estime de soi, création de liens sociaux) |

Fait le : _____

A : _____

☐ Document remis au patient

Signature et cachet du médecin :

Partie destinée au kinésithérapeute

Je soussigné : _____

Date : _____

Nom et prénom du patient : _____

☐ Renouvellement de prescription initiale

Je renouvelle la prescription d'activité physique adaptée ci-dessus pour une durée de :

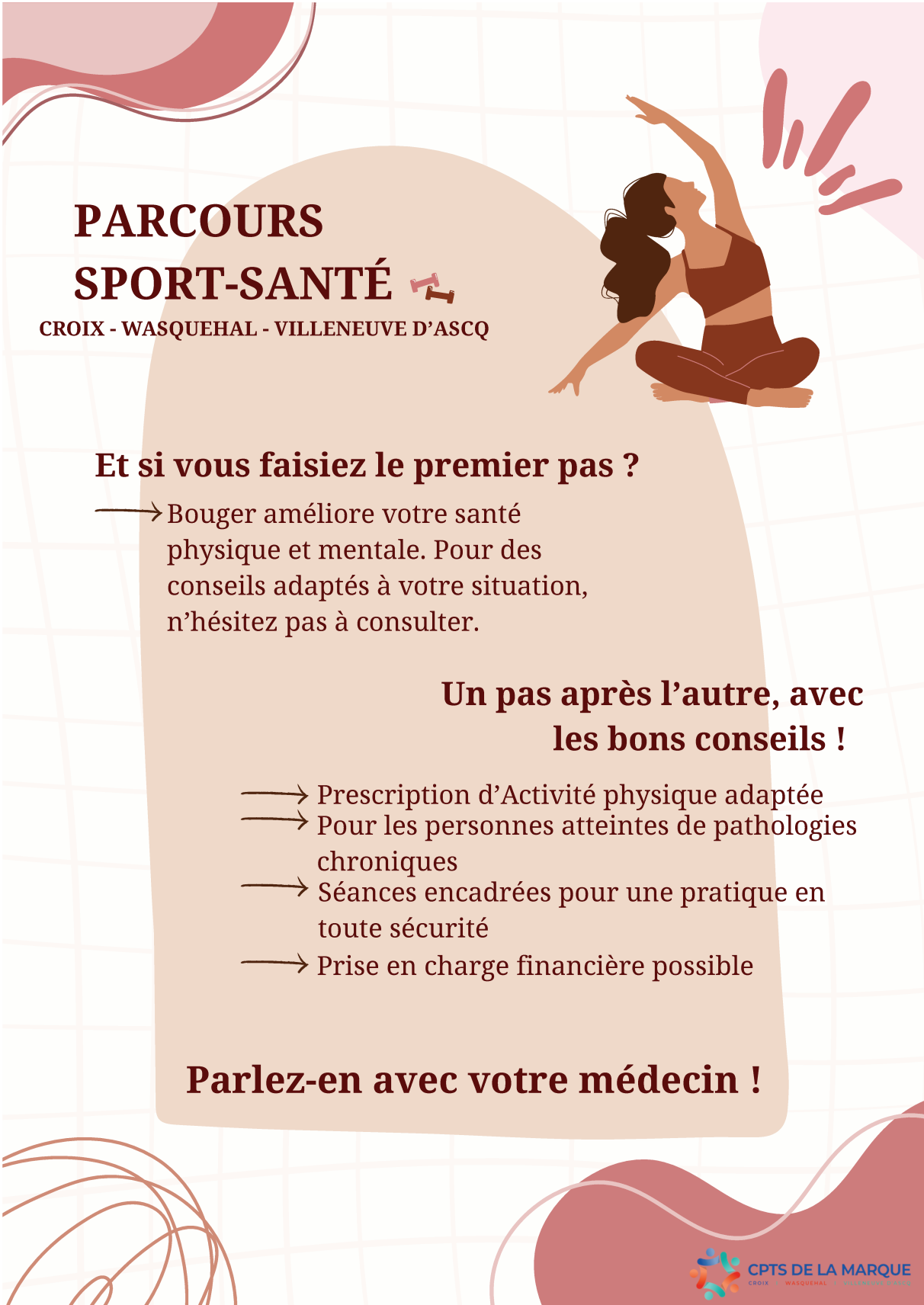
☐ 3 mois

☐ 6 mois

Ajustements en fonction de l'évolution clinique :

Observations utiles au suivi :

Signature et cachet du kinésithérapeute :

Annexe-5. Affiche de promotion de l'activité physique

PARCOURS SPORT-SANTÉ

CROIX - WASQUEHAL - VILLENEUVE D'ASCQ

Et si vous faisiez le premier pas ?

→ Bouger améliore votre santé physique et mentale. Pour des conseils adaptés à votre situation, n'hésitez pas à consulter.

Un pas après l'autre, avec les bons conseils !

- Prescription d'Activité physique adaptée
- Pour les personnes atteintes de pathologies chroniques
- Séances encadrées pour une pratique en toute sécurité
- Prise en charge financière possible

Parlez-en avec votre médecin !

 **CPTS DE LA MARQUE**
CROIX - WASQUEHAL - VILLENEUVE D'ASCQ

Annexe-6. Questionnaire utilisé pour l'évaluation des outils

Section 1 sur 3

Recommandations et prescription d'activité physique en médecine générale

B *I* U ↺ ↻

Description du formulaire

Quel est votre genre ? *

☐ Homme

☐ Femme

☐ Non-binaire

☐ Autre...

Quel âge avez-vous ? (ans) *

Réponse courte

.....

Quelle est votre profession ? *

☐ Médecin généraliste

☐ Kinésithérapeute

☐ Infirmièr(e)

☐ Enseignant APA

☐ Autre...

Quel est votre mode d'exercice ? *

☐ Remplacement

☐ Installé seul

☐ Installé en groupe

☐ Installé en MSP

☐ Autre...

Avez-vous accès à des ressources ou à des outils pour vous aider à recommander des activités physiques à vos patients ? (ex : fiches pratiques, brochures, programmes d'exercice) *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Après la section 1 Passer à la section suivante ▼

Section 2 sur 3

Evaluation de l'utilisabilité des outils par le questionnaire F-SUS (French-System Usability Scale) ✕ ⋮

Pour chaque affirmation :

Le 1 correspond à "je ne suis pas du tout d'accord avec cette affirmation"

Le 2 correspond à "je ne suis pas d'accord avec cette affirmation"

Le 3 correspond à "je ne suis ni d'accord ni pas d'accord avec cette affirmation"

Le 4 correspond à "je suis d'accord avec cette affirmation"

Le 5 correspond à "je suis tout à fait d'accord avec cette affirmation"

Je pense utiliser ces outils fréquemment *

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

Ces outils sont inutilement complexes *

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

Ces outils sont faciles à utiliser *

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

J'aurais besoin du soutien d'une autre personne pour être capable d'utiliser ces outils *

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

Les différentes fonctionnalités de ces outils sont bien intégrées *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Tout à fait d'accord

Il y a trop d'incohérences dans ces outils *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Tout à fait d'accord

La plupart des médecins généralistes apprendront à utiliser ces outils très rapidement *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Tout à fait d'accord

J'ai trouvé les outils difficiles à utiliser *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Tout à fait d'accord

Je me suis senti(e) très en confiance en utilisant ces outils *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Tout à fait d'accord

J'ai eu besoin d'apprendre beaucoup de choses avant de pouvoir utiliser ces outils *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Tout à fait d'accord

Section 3 sur 3

Améliorations possibles du parcours de soins



Description (facultative)

Depuis la création de ce parcours de soins, recommandez-vous de l'activité physique à vos patients ? (toute activité, hors APA) *

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Depuis la création de ce parcours de soins, prescrivez-vous de l'APA dans le cadre d'un suivi médical ? *

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Avez-vous des remarques pour améliorer la promotion d'activité physique ou la prescription d'APA pour vos patients ? *

Réponse longue

.....

Annexe-7. Exemple de calcul du score SUS

L'exemple suivant illustre la méthode de calcul du score SUS à partir des réponses données à un questionnaire comportant 10 items notés de 1 à 5.

Le score SUS est obtenu en transformant les réponses brutes (items impairs : score – 1 ; items pairs : 5 – score), en additionnant les 10 résultats puis en multipliant la somme par 2,5 pour obtenir un score final sur 100.

Étapes de calcul :

Item	Réponse	Score attribué
1	4	3
2	2	3
3	4	3
4	3	2
5	5	4
6	2	3
7	4	3
8	1	4
9	5	4
10	2	3
Total		32

Score SUS du participant = Score Total du participant x 2,5 = 32 x 2,5 = 80.0

Annexe-8. Retours qualitatifs : extraits de verbatims issus des réponses libres au questionnaire en ligne (Google Forms)

Besoin de plus de structures accessibles financièrement

Amélioration du réseau du Parcours de soin

Le recensement des clubs est un vrai plus et un vrai gain de temps en consultation

Aucune

La promotion de l'activité physique est mon cœur de métier (kiné) mais je ne peux pas prescrire de l'apa en tant que kine a ma connaissance

Outils simples et pratiques à utiliser qui peuvent être donnés aux patients également ce qui les inclut dans le parcours et les motive

La prise en charge financière est un levier majeur pour nos patients, peu importe leur niveau de ressources, jusqu'à ce qu'ils comprennent l'intérêt pour eux de l'activité physique

Davantage de liens avec les services des sports de la ville

Je ne connais pas les outils cités page 2, désolée. Je conseille toujours mes patients de se tourner vers leur médecin traitant pour ensuite une réorientation vers un APA ou un kiné. Ce n'est pas toujours si facile à mettre en place. Une plateforme ou la distribution de brochure pour expliquer le parcours afin que tout les professionnels du territoire (même hors CPTS) soient au courant?

Quid de l'implication des kinésithérapeutes dans ce parcours de soins?

non

Informations des généralistes sur le parcours les outils et la prise en charge des patients

Diffusion large des outils.Mise à jour régulière des ressources et tendre vers leur exhaustivité.

Ordonnance de prescription claire et facile à remplir

Améliorer la coordination entre les acteurs du parcours

Qu'il y est plus de facilité à ouvrir des centres ou salle APA en France, pour avoir un accès f Cole à cette époque chicoté si riche et essentielle !

Fiches très claires et pratiques à utiliser en consultation. Permettent d'échanger avec le patient.

Annexe-9. Tableau comparatif de la prise en charge de l'APA par les mutuelles

Tableau réalisé dans le cadre de cette thèse et transmis aux membres de la CPTS de la Marque.

Mutuelle / organisme	Montant annuel estimé	Conditions principales
Allianz	Jusqu'à 500 € / 2 ans	ALD, COVID grave, programme encadré
Harmonie Mutuelle	60 à 240 €/an	ALD, séances encadrées
M comme Mutuelle	Jusqu'à 150 €/an	APA ou activité sportive codifiée
AXA	Environ 200 €/an	ALD, séances encadrées
MATMUT	Jusqu'à 400 €/an	« Sport sur ordonnance », selon contrat
SwissLife	~275 €/an	ALD, partenariat Siel Bleu
CCMO	~10 séances × 25–50 €	APA prescrite, ALD
CNM Prévoyance	Jusqu'à 200 €/an	Selon revenus, ALD
MBA Mutuelle	Environ 100 €/an	ALD uniquement
MNT	60 à 240 €/an	ALD, selon garantie
Mutuelle du Soleil	~400 €/an	En % du forfait, ALD
Autres (LMDE, etc.)	20 à 150 €/an	Forfaits divers

AUTEUR : Nom : Couturier

Prénom : Camille

Date de soutenance : 14 novembre 2025

Titre de la thèse : Promotion de l'activité physique dans la prise en charge des maladies chroniques : renforcer la coordination entre les acteurs de santé et du sport au sein de la CPTS de la Marque

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Exercice, Health Promotion, Interprofessional Relations, Chronic Disease, Primary Health Care

Résumé :

Introduction : L'activité physique est un levier majeur de prévention et de prise en charge des maladies chroniques. Pourtant, sa promotion et la prescription d'activité physique adaptée (APA) restent peu systématisées en soins primaires. Cette thèse visait à développer et tester des outils pratiques pour aider les professionnels de santé de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de la Marque dans cette mission.

Matériel et méthodes : Une étude transversale, menée selon une démarche participative, a permis d'identifier les besoins des professionnels et de concevoir différents supports pratiques. Leur utilisabilité a été évaluée par questionnaire en ligne, avec le System Usability Scale (SUS).

Résultats : 34 professionnels ont participé à l'évaluation, dont 17 médecins généralistes. Le score SUS global indiquait une utilisabilité modérée, et montrait une bonne utilisabilité chez les médecins généralistes. La prescription d'APA a significativement augmenté après l'intervention.

Conclusion : La co-construction territoriale a permis de créer des outils simples, ergonomiques et immédiatement exploitables en consultation. Leur adoption par les professionnels, notamment les médecins généralistes, a favorisé les prescriptions d'APA. Ce modèle reproductible ouvre des perspectives pour d'autres territoires de soins primaires.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Vincent Tiffreau

Assesseur : Monsieur le Docteur Jan Baran

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Paul Accaoui

Contact de l'auteur :