

2017-2018

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

LA PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE POUR LES PATIENTS EN AFFECTION LONGUE DUREE : QU'EN PENSENT LES MEDECINS GENERALISTES ?

ETUDE QUALITATIVE MENEÉ AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DU MAINE-ET-LOIRE, DE LA MAYENNE ET DE LA SARTHE

RYCKEMBUSCH Antoine

Né le 20 juillet 1990 à Dijon (21)

TERLAIN Ségolène (née SICOT)

Née le 17 février 1990 à Angers (49)

Sous la direction du Pr. CONNAN Laurent

Membres du jury

Pr ABRAHAM Pierre | Président

Pr CONNAN Laurent | Directeur

Pr BOUVARD Béatrice | Membre

Pr FURBER Alain | Membre

Dr CAPITAIN Olivier | Membre

Soutenue publiquement le :
16 novembre 2018

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

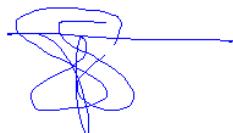
Je, soussigné RYCKEMBUSCH Antoine
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **14/09/2018**



Je, soussignée TERLAIN Ségolène (née SICOT)
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **14/09/2018**



LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine

HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie

SCHINKOWITZ Andreas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Laurent CONNAN,
Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse et pour vos conseils avisés.

A Monsieur le Professeur Pierre ABRAHAM,
Merci pour votre intérêt à ce travail et d'avoir accepté de présider le jury.

A Madame le Professeur Béatrice BOUVARD, à Monsieur le Professeur Alain FURBER et
à Monsieur le Docteur Olivier CAPITAIN,
Merci d'avoir accepté de faire partie des membres du jury.

A mes maîtres de stage universitaire en médecine générale, les Drs Gérard BAUD,
Michel CHABRERIE, Emmanuel CHARRIE, Benoit DAGUZAN, Laetitia DELANOE-
TELFOUR, Jean-Claude GRANIER, Jérôme NUEL, Bénédicte PIGNIER-BELJEAN qui
m'ont appris les subtilités de cet exercice et conforté dans le choix de cette spécialité.

A mon tuteur, le Dr Emmanuel PICHON qui a su me montrer mon évolution aux cours
de ces 3 dernières années.

Aux équipes des services des Drs Alain BERGERE (cardiologie Le Bailleul), Jean-
Baptiste MOUZET (DSSL Saint Barthélémy), Patrick POIRIER (urgences à Château
Gontier) et Valérie DELBOS (CEGIDD Angers) qui m'ont accueilli à bras ouvert lors de
mes stages.

Aux médecins généralistes, qui ont contribués à ce travail en nous permettant de
recueillir leurs impressions.

Aux amis "lillois" Lulu, Clairette, Pauline, Pachy, Victor, Alice, Valentin, Tom d'avoir
aussi accepté d'être témoin de mon union, aux pièces rapportées VCB et Ben.

Aux amis "angevins", Maryse et Laurent, aux co-internes rencontré durant ces trois
ans, Mélanie, Oriane, Camille, Thibault, Elodie et tous les autres, à Antoine le
squasheur.

Aux "vieux" amis du lycée Aurélien et PF.

Et bien sûr à Ségolène, pour m'avoir intégré à ton projet, pour ta motivation sans
faille et pour tes qualités rédactionnelles.

A mes parents, qui ont tout fait pour que pour que j'en arrive là.

A mon frère, d'avoir accepté d'être témoin de mon mariage, je te souhaite autant
réussite dans cette aventure qui s'achève pour moi mais qui commence pour toi.

A mes grands-parents.

A Marraine, Anthony et la petite tribu.

A mon arrière-grand-mère toute jeune centenaire.

A ma fiancée, chaque jour passé auprès de toi est un vrai bonheur, nous avons
encore tant de choses à construire ensemble. Je t'aime.

Antoine RYCKEMBUSCH

REMERCIEMENTS

Au Professeur Laurent CONNAN, merci d'avoir accepté de diriger notre travail de thèse, et ce malgré votre emploi du temps déjà très chargé avec de multiples prérogatives.

Au Professeur Pierre ABRAHAM, merci d'avoir présidé notre jury de thèse et apporté votre regard de spécialiste en matière de médecine du sport.

Aux Professeurs Béatrice BOUVARD, Alain FURBER et au Docteur Olivier CAPITAIN, merci de m'avoir formée comme externe, y compris dans vos services, et d'avoir depuis volontiers pris part à notre jury de thèse, et d'avoir pour ce faire bousculé chacun vos plannings pour vous rendre disponibles.

Aux 14 médecins généralistes rencontrés et interrogés dans le cadre de notre étude, merci d'avoir contribué à la réalisation de celle-ci.

Aux Docteurs Jocelyne LOISON, Agathe de BLIGNIERES, Cécile MASSON-BELLANGER et Claire MATIGNON, merci de m'avoir beaucoup appris lors de mes stages sous votre supervision, souvent confortée ou éclairée dans mon projet professionnel, parfois réconfortée dans mes difficultés ou mes doutes et grandement apporté sur le plan humain.

Aux Professeurs Régis COUTANT et François GARNIER, à l'époque respectivement vice-doyen à la pédagogie et directeur du Département de Médecine Générale à la Faculté de Médecine d'Angers, merci de m'avoir permis de poursuivre et d'aménager mon cursus pendant et après mes trois grossesses, et par là-même soutenu.

A mes consœurs et néanmoins amies Alix, Véronique, Marie-Dominique, Pauline et Bénédicte, merci d'avoir été mes compagnons de route depuis le tout début de ce long et difficile parcours et de rester présentes depuis.

A mes co-internes rencontrés depuis quatre ans, en particulier Louis et Maïté, merci d'avoir égayé notre semestre commun et d'être devenus de bons amis. Et bien sûr, merci à Antoine ainsi qu'à son flegme, son investissement, sa patience et son appui indéfectibles, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

A toute ma famille qui m'a soutenue et accompagnée sur cette route depuis 2007, et notamment mes parents, qui m'ont supportée dans tous les états qui puissent être puis permis de poursuivre dans les meilleures conditions qui soient ; à ma belle-famille embarquée très tôt dans l'aventure et toujours présente dans les succès comme dans les difficultés ; enfin à Nicolas, Maître de mon cœur (!), Philomène, Louise et Paul, qui m'entourent et me soutiennent admirablement, qui ont subi patiemment les nombreuses contingences de leur épouse et mère indéfiniment aux études, mais qui me donnent surtout chaque jour le goût et l'énergie de continuer : MERCI.

Ségolène TERLAIN (née SICOT)

Liste des abréviations

ADOPS	Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins
ALD	Affection Longue Durée
AP	Activité Physique
APA	Activité Physique Adaptée
ARS	Agence Régionale de Santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNCI	Certificat de Non Contre-Indication
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRRF	Centre Régional de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle
CSP	Code de Santé Publique
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DU	Diplôme Universitaire
EAPA	Educateur en Activité Physique Adaptée
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes
FMC	Formation Médicale Continue
ICO	Institut de Cancérologie de l'Ouest
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MG	Médecins Généralistes
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescription
TMS	Troubles Musculo Squelettiques
SEP	Sclérose En Plaque
SFTG	Société de Formation Thérapeutique des Généralistes
STAPS	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
UFR	Unité de Formation et de Recherche
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

2. Etat des lieux des pratiques actuelles

- 2.1. La posture du MG vis-à-vis de l'APA
- 2.1.1. Une idée de l'AP(A) bénéfique sur la santé acquise
- 2.1.2. D'où l'importance d'investir ce champ de recommandations
- 2.2. Connaissances et accueil du décret par les MG
- 2.2.1. Peu d'influence concrète sur la pratique
- 2.2.2. Et pour cause : une information mal relayée
- 2.2.3. Encore de nombreuses interrogations à lever
- 2.3. Des avis partagés
- 2.3.1. Impressions générales
- 2.3.2. Des inconvénients assez consensuels
- 2.3.3. Des avantages indiscutables
- 2.4. Comment les MG prescrivent actuellement de l'APA à leurs patients
- 2.4.1. La prescription orale largement dominante
- 2.4.2. Le contenu de leur prescription d'AP
- 2.4.3. La place prégnante de la kinésithérapie
- 2.5. Les ressources qu'utilisent actuellement les MG pour leur prescription d'AP
- 2.5.1. Pour se former et s'informer eux-mêmes
- 2.5.2. Pour informer leurs patients
- 2.5.3. Pour adresser leurs patients vers les partenaires professionnels
- 2.6. Difficultés soulevées et/ou rencontrées par les MG prescripteurs d'AP/A
- 2.6.1. Difficultés liées au prescripteur
- 2.6.2. Difficultés liées au patient
- 2.6.3. Difficultés liées au système de soins

3. Le médecin généraliste face au patient

- 3.1. Les pathologies préférentiellement ciblées par les médecins généralistes
- 3.2. Les situations permettant aux MG d'aborder l'APA avec leurs patients
 - 3.2.1. Les situations où le patient apporte une demande qui s'y prête
 - 3.2.2. Les situations où le patient apporte sa prescription d'APA initiée par un spécialiste
- 3.3. Les freins à la pratique d'AP, identifiés par les MG chez leurs patients
- 3.4. Des éléments tout de même moteurs

4. Les perspectives d'avenir

- 4.1. Le remboursement de la prescription d'APA
 - 4.1.1. Des arguments en faveur ...
 - 4.1.2. ... et d'autres, à l'inverse, farouchement opposés
- 4.2. Les attentes des MG pour cette prescription à l'avenir
 - 4.2.1. Une démarche clinique codifiée

- 4.2.2. Un désir de formation et d'information
- 4.2.3. Des structures qui doivent répondre à la demande
- 4.2.4. Créer un effet de groupe

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. Limites de l'étude**
- 2. Le point de vue des MG sur l'APA en elle-même**
 - 2.1. Des MG acquis à la cause
 - 2.2. Des MG déplorant la surmédicalisation et la déresponsabilisation
- 3. Le point de vue des MG sur la prescription d'APA**
 - 3.1. Les MG ne savent pas quoi prescrire comme APA
 - 3.2. Les MG ne savent pas comment prescrire l'APA
 - 3.3. Les MG ne savent pas où adresser leurs patients
 - 3.4. Les MG ont peur de leur prescription écrite et des EAPA
 - 3.5. Les MG ont besoin de formation initiale et continue
 - 3.6. Les MG manquent de temps
 - 3.7. Les MG déplorent un manque de coordination hospitalo-ambulatoire et de ressources
- 4. Le point de vue des médecins sur leurs patients concernés par l'APA**
 - 4.1. Les patients qu'ils ciblent
 - 4.2. Un étonnant parallèle de représentations entre les MG et leurs patients
 - 4.3. Le double tranchant de l'effet de groupe
- 5. L'avis des MG sur le plan économique**
 - 5.1. Une sécurité sociale connue pour être en déficit budgétaire
 - 5.2. Un remboursement de l'APA prescrite débattu
 - 5.3. Est-ce vraiment l'argent la question de fond ?

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

LA PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE POUR LES PATIENTS EN AFFECTION LONGUE DUREE : QU'EN PENSENT LES MEDECINS GENERALISTES ?

**ETUDE QUALITATIVE MENEED AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE
MAINE-ET-LOIRE, MAYENNE ET SARTHE**

Antoine RYCKEMBUSCH et Ségolène TERLAIN (née SICOT)

- Réalisation et retranscription de 6 et 8 entretiens respectivement.
- Triangulation des données : les 14 entretiens ont été codés à deux reprises par chacun des deux chercheurs, en aveugle.
- Analyse thématique en collaboration.
- Rédaction des parties Introduction, Résultats : caractéristique de l'échantillon - état des lieux des pratiques actuelles par Ségolène.
- Rédaction du Résumé et des parties Méthode, Résultats : caractéristique des patients concernés – perspectives envisagées par les médecins, Conclusion par Antoine.
- Rédaction de la Discussion en collaboration.
- Bibliographie en collaboration.

INTRODUCTION

Le manque d'activité physique (AP) est reconnu par l'OMS comme le 4^{ème} facteur de risque de décès dans le monde ; il est maintenant bien établi que l'activité physique réduit la morbi-mortalité. L'AP apporte des bénéfices sur les plans cardiovasculaire, rhumatologique, respiratoire, psychique et neurologique ; ainsi que sur le stress, les troubles du sommeil, l'isolement social, voire certains cancers à l'instar du sein, du côlon ou des cancers endocrines (1). A tous ces bénéfices, s'ajoute l'hypothèse d'une réduction des coûts de santé grâce aux pathologies, soins et complications ainsi évités (2) (3) (4).

L'activité physique est définie par une contraction musculaire supérieure à celle de repos (4). L'Activité Physique Adaptée (APA) correspond à une intervention professionnelle qui relève d'une formation universitaire spécifique (filières APA et Santé des UFR STAPS, niveau licence et master). Elle fait appel des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour évaluer les ressources et les besoins spécifiques des populations ; et concevoir des dispositifs et projets d'intervention qui mobilisent des compétences d'enseignement des activités physiques, sportives ou artistiques. L'intervention se fait notamment auprès de personnes en situation de handicap, de personnes atteintes de maladies chroniques, de personnes en difficulté d'insertion sociale et des personnes avançant en âge (5).

Un rapport d'expertise de L'INSERM de 2008 conclue que l'activité physique régulière diminue la mortalité et que la pratique régulière d'AP d'intensité modérée contribue au bien-être et à la qualité de vie (6).

Une étude réalisée auprès des médecins généralistes (MG) d'Ille et Vilaine en 2010 a montré que la prescription écrite d'AP est la méthode la moins utilisée après le conseil oral et la remise de document d'information (7) ; alors qu'une étude suédoise de 2008 démontrait qu'il existe un progrès significatif sur l'observance lorsque l'AP est prescrite de façon écrite,

et que l'adhésion est aussi bonne que celle des autres traitements pour les maladies chroniques (8).

Plus récemment, en France, dans le cadre du programme expérimental « Sport-Santé sur ordonnance », des patients strasbourgeois se sont vu prescrire de l'APA sur ordonnance. Les premiers résultats de cette étude retrouvent une majoration de l'AP, une amélioration du score de la qualité de vie, une diminution du poids et une amélioration du test de marche de 6 minutes (9).

Dans ce contexte, l'APA s'est vue consacrée au-delà du champ médical par la loi dite de « modernisation de notre système de santé » du 26 janvier 2016, avec l'article L1172-1 du CSP qui prévoit la possibilité pour les médecins traitants de prescrire une APA aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Le décret d'application n° 2016-1990 du 31 décembre 2016, prévoit les conditions de dispensation ainsi que les modalités d'intervention et de restitution des informations au médecin traitant (10).

Le caractère très récent de son entrée en vigueur au 1er mars 2017 place ce travail de thèse au nombre des premiers à explorer l'accueil de cette nouvelle mesure par les médecins traitants, en particuliers les médecins généralistes qui sont directement concernés par la mise en place de ce dispositif. A ce titre, seule une étude qualitative par entretiens semi-dirigés paraît adaptée pour recueillir ces données et faire émerger les premiers retours des praticiens ainsi que les difficultés que posent l'application de la loi, pourtant appuyée par de nombreuses données scientifiques, à notre système de santé.

La réalité du terrain depuis ces récents changements législatifs reste à comparer aux dispositifs « pilotes » déjà à l'essai dans différentes collectivités locales sur le territoire national (11) (12).

Ce travail s'inscrit également, à son échelle, dans le sillage des différents travaux de thèse et recherche menés à Angers depuis quelques années, autour de la prescription d'AP

(4), de ses modalités (11), de sa représentation chez les MG (3), et de la lutte contre la sédentarité (13).

Devant la volonté affichée, aussi bien par les pouvoirs publics que par le corps médical, de promouvoir un mode de vie actif et diminuer à la fois les limitations fonctionnelles et les facteurs de risques des patients ; nous avons souhaité explorer la perception qu'ont les MG de ce nouvel article L 1172-1 du CSP qui leur permet depuis le 1er mars 2017 de prescrire l'APA aux patients atteints d'ALD. Ce travail a également mis en exergue les limites et les obstacles à la mise en œuvre de ce nouveau dispositif, que nous présenterons avec les propositions qui ont émergé lors des entretiens avec les MG.

MÉTHODES

Nous avons choisi d'utiliser la méthode qualitative pour explorer les avis des médecins généralistes car il existe peu de données sur le sujet.

L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale de façon à interroger des médecins généralistes installés dont les caractéristiques se rapprochent le plus de la démographie médicale du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.

Les médecins ont été recrutés par les réseaux des investigateurs par démarchage téléphonique, et complété par effet boule de neige à la suite des entretiens.

Les entretiens ont été effectués dans des lieux laissé au choix des médecins généralistes par un interviewer unique. Ils étaient semi-dirigés en s'aidant d'un guide d'entretien individuel, élaboré à partir d'hypothèses sous-jacentes (cf. annexe), après avoir fait signer à chaque médecin une déclaration de consentement afin de pouvoir les enregistrer. Ils étaient par la suite retranscrits dans leur intégralité par les investigateurs puis anonymisés.

Les verbatims ainsi obtenus ont été analysés en triangulation par les deux investigateurs en aveugle pour réaliser une grille d'analyse après avoir dégagé des unités de sens classées par thématique.

Les entretiens ont été réalisés entre octobre 2017 et février 2018.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Quatorze entretiens semi-dirigés, de 14 à 30 minutes, ont été menés auprès de 14 médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne, et Sarthe entre le 4 octobre 2017 et le 26 février 2018. La saturation des données s'est vue au douzième entretien, et s'est confirmée avec deux entretiens supplémentaires. Les différentes tranches d'âge, lieux et modes d'exercices étaient représentés parmi les médecins interrogés. Ils étaient nombreux à avoir développer une ou plusieurs autres activités, outre leurs consultations au cabinet. Enfin, ils décrivaient tous une patientèle variée.

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon

Médecin	Sexe	Age	Installation			Spécificité	Proportion d'ALD dans la patientèle
			Date	Lieu	Mode		
A1	F	40	2008	Urbain	Cabinet de groupe	Régulation SAMU Prévention crèche Formation des MG	10%
A2	F	29	2017	Urbain	Cabinet de groupe	-	5%
A3	H	66	1988	Rural	Cabinet de groupe	Maire	25%
A4	H	67	1978	Rural	Cabinet de groupe	Homéopathie Acupuncture	20%
A5	H	34	2016	Rural	Cabinet de groupe	Hôpital local	« plusieurs centaines »
A6	H	30	2017	Urbain	Cabinet de groupe	CHU, médecine du sommeil	15-20%
S1	H	41	2009	Rural	MSP	Capacité Médecine du Sport DU traumatologie du sport Coordonnateur d'EHPAD	« pas mal »
S2	H	62	1985	Urbain	Cabinet de groupe	Vice-présidence SFTG FMC	10%
S3	F	54	1996	Urbain	Cabinet de groupe	DU homéopathie	33%

Médecin	Sexe	Age	Installation			Spécificité	Proportion d'ALD dans la patientèle
			Date	Lieu	Mode d'exercice		
S4	H	42	2013	Urbain	MSP	Médecins du Monde Maîtrise de Stages Enseignement UML Actions de santé publiques	10-15%
S5	H	58	1988	Urbain	Cabinet de groupe	-	20-30%
S6	H	55	1991	Rural	Cabinet seul	Médecine du sport Médecine d'urgence ADOPS	10 %
S7	F	55	1996	Urbain	Cabinet de groupe	-	30%
S8	F	50	1999	Rural	Cabinet seule	Maîtrise de stage	12%

2. Etat des lieux des pratiques actuelles

2.1. La posture du MG vis-à-vis de l'APA

2.1.1. Une idée de l'AP(A) bénéfique sur la santé acquise

Mis à part un seul MG nettement sceptique, tous les autres manifestaient un certain attrait pour l'activité physique en général et pour l'activité physique adaptée en particulier : « *je suis aussi sportif voilà, donc les bienfaits du sport voilà, j'en suis convaincu ; donc j'ai toujours eu cette sensibilité-là* » (S4) ; et une conviction forte que l'AP a un impact bénéfique sur la santé et, à ce titre, est un traitement à part entière : « *cela a vraiment un impact sur l'évolution de la maladie en fait, clairement, j'ai vraiment ça en tête. Ça fait vraiment parti du traitement pour moi en fait* » (A1).

L'un d'entre eux rapportait déjà des expériences personnelles, au sein de sa patientèle, qui corroboraient ce bénéfice de l'AP : « *j'ai de multiples exemples sur des lombalgiques chroniques qui ont été améliorés* » (A4).

2.1.2. D'où l'importance d'investir ce champ de recommandations

Cinq MG soulignaient l'importance de l'investissement du médecin, sa motivation et son implication dans cette prescription : « *si on veut que ça aille plus loin, il faut que ça*

devienne, pas une priorité, mais quelque chose d'important pour nous. » (S2) « quand on y croit vraiment, je pense qu'on arrive à faire passer des trucs [...] C'est comme les vaccins... si le médecin est convaincu euh... c'est plus facile. » (S1).

Un autre MG était désireux de mieux connaître les possibilités d'APA pour ses patients atteints de cancer : « *Il y a un domaine que je connais mal et qui m'intéresserait beaucoup [...] : c'est la cancéro. [...] ça fait partie du post traitement, quoi.* » (S6). Un autre encore se projetait volontiers : « *je trouve que l'idée de la montre connectée ou de centraliser les données je pense que ça c'est quelque chose qu'on va pouvoir faire à l'avenir* » (A5).

2.2. Connaissances et accueil du décret par les MG

2.2.1. Peu d'influence concrète sur la pratique

Huit MG n'ont constaté aucune influence du décret sur leur pratique antérieure : « *le décret ne change rien* » (S1) ; contre deux qui soulignaient tout de même le fait que :

- d'une part : « *est-ce que ça a influencé ma..., le fait d'en parler en consultation, de faire de l'activité, c'est pas impossible ouais* » (A6) ;
- d'autre part : « *ça sera peut-être plus cadré* » (A1).

2.2.2. Et pour cause : une information mal relayée

Seulement 5 MG disaient avoir reçu l'information de cette possibilité nouvelle de prescrire de l'APA : 1 par courrier de l'ARS, 2 par courrier et 1 par mail de la CPAM, enfin 1 par consultation volontaire du site Ameli de la CPAM.

Les autres sources d'information rapportées par les MG ayant eu connaissance du dispositif étaient à la fois professionnelles : presse médicale, colloque organisé localement, ou communiqué émanant d'organisme de formation médicale continue ; et « grand public » : journaux, radio, bouche à oreille pour 4 d'entre eux.

Deux autres MG interrogés disaient n'avoir eu aucune information sur le dispositif, dont un déclarait ne même pas connaître l'existence du décret d'application : « *parce que je ne savais même pas [rires] qu'il y avait un décret qui est sorti !* » (S7).

De la même manière, un des MG considérait que le grand public était aussi peu informé : « *enfin ça pas été très médiatisé je pense, enfin au grand public* » (S1).

2.2.3. Encore de nombreuses interrogations à lever

Quel que soit leur degré d'information ou de connaissance du dispositif, la quasi-totalité des MG interrogés se disaient en attente de complément d'information ; qu'il s'agisse :

- des patients concernés : « *mais je ne suis pas sûr que ce soit en ALD de prescription d'activité sportive donc euh sur ordonnance. Je n'avais pas remarqué que c'était ALD je pense, euh je suis collé là* » (A4) ;

- des structures vers lesquelles adresser : « *ils nous donnent les textes de loi, les choses, mais ils nous envoient pas un descriptif de ce qui existe dans notre région, de... de... de... oui de qu'y a t il a proximité pour appliquer ce texte de loi ?* » (S8) ;

- des éventuels partenaires professionnels : « *et puis qui fait quoi ? Parce qu'on a bien vu dans la presse : Qui est-ce qui s'en occupe entre les kinés ? les éducateurs sportifs* » (S6)

- ou encore du remboursement de cette prescription : certains étaient sûrs d'une prise en charge financière « *Après pour le moment de toute façon c'est pas pris en charge pour le moment par la sécu* » (A2), alors que d'autres avaient compris le contraire : « *Que voilà, ça va être remboursé, pris en charge par la sécu au même titre que qu'un médicament* » (S7).

D'autres enfin s'interrogent pragmatiquement : « ... *je sais pas trop encore comment un, le prescrire ; et puis ce qu'on va en faire, quoi je veux dire* » (S6).

2.3. Des avis partagés

2.3.1. Impressions générales

Si certains, comme A4 « pensais que c'était certainement une très bonne mesure », d'autres demeuraient plus prudents : « ça peut être bien. Faudrait tester et puis voir » (S7), voire franchement plus acerbes : « ça débouche sur un vœu pieux, parce que 1) est-ce qu'on a ou est-ce qu'on n'a pas les structures qui sont capables de le faire ? 2) il n'y a aucun financement. » (S8), « C'est pas parce que c'est institutionnel que ça va être efficace » (S2).

Pour finir, un MG relayait les débats interprofessionnels que le décret a suscités « j'ai bien entendu un peu le débat entre les kinés et les éducateurs. Les kinés en disant « nous on est du personnel soignant ; les éducateurs ne le sont pas ». Mais même s'ils sont pas, ils peuvent quand même participer au soin. » (S6) ; et un autre avait « plus l'impression que ce sont des centres ou des associations qui vont faire ça, plutôt que des professionnels de ville » (A6).

2.3.2. Des inconvénients assez consensuels

Le manque patent d'information et de communication aux professionnels était l'un des inconvénients les plus souvent relevés chez les MG interrogés : « là y a un vrai flou. En fait qui fait quoi ? [...] Est-ce que nous, médecins, on va faire quelque chose ? » (S6).

Le deuxième point d'achoppement très net était la restriction de cette prescription uniquement aux patients en ALD : « ce que j'oublie souvent dans le texte de loi, c'est la partie ALD. C'est-à-dire que je vais faire pareil aux gens qui ne sont pas en ALD [...] le coup de l'ALD est un peu restrictif » (S1). D'autres MG vont même plus loin en notant, non sans justesse, que tout d'abord certains patients n'acceptent pas d'emblée de porter l'étiquette ALD même s'ils en relèveraient : « la clientèle jeune des fois l'ALD ils aiment pas y entrer » (S2) ; et que l'ALD n'étant pas toujours définitive, certains patients pourraient se voir octroyer une prescription d'APA à laquelle ils ne pourraient plus prétendre ultérieurement

pour une question purement administrative : « *la loi c'est 5 ans et il aura de l'ALD ou il n'aura plus d'ALD. Et puis des gens qui ont par exemple un cancer de la prostate au stade de rémission depuis 5 ans vous n'avez plus rien débrouillez-vous.* » (A4).

L'autre restriction entrevue par 2 MG serait celle du volume d'APA hebdomadaire trop faible pour être significatif : « *la prise en charge euh... à mon avis et bien ritualisée serait de quoi ? De l'ordre d'une heure par semaine sans doute* » (S5) « *une fois par semaine, même si le cours est payé, c'est pas suffisant* » (S1).

Enfin, trois autres MG apportaient chacun une réserve supplémentaire :

- celle d'une contrainte « *je ne veux pas que ça me restreigne dans ce que je faisais déjà* » (A1) ;
- celle d'un constat navrant « *Je veux dire c'est presque décevant d'en arriver jusque-là parce que ça devrait être implicite, donc c'est toujours un petit peu désolant d'avoir des choses qui sont implicites qui apparaissent comme ça quoi, d'accord ?* » (S2) ;
- et celle d'une adaptation à la moyenne et non pas à chaque individu, si les patients participent à des cours collectifs « *On sait que ce sont des cours collectifs avec toujours effectivement un groupe hétérogène par nature. Et donc en règle générale, l'encadrant va... bah ça va s'adapter à la moyenne. Voilà* » (S5).

2.3.3. Des avantages indiscutables

Tout cela n'empêchait pas 6 MG de voir dans cette nouvelle mesure un ou plusieurs avantages, portant aussi bien sur le prescripteur, sur le patient, que sur l'optimisation des moyens. En effet, cette nouvelle disposition permettait selon 3 MG de sensibiliser le MG à l'APA et à sa prescription : « *Enfin le texte de loi est intéressant, ça sensibilise les médecins.* » (S1). Pour trois autres MG, elle mettrait en valeur leur prescription : « *je trouve ça intéressant. Je pense que ça donne du poids, le fait de prescrire* » (S4). C'était « *une reconnaissance aussi de ce qui était déjà fait ou pas, par certain en tout cas dans mon cas,*

approfondir ce que je faisais déjà en fait et euh finalement peut être avoir des outils différents pour appuyer ça » (A1).

Quant aux patients, elle permettrait évidemment d'obtenir un bénéfice in fine sur leur santé : « *oui sur leur santé je pense que ça aura un effet fondamentalement positif* » (A1), mais aurait également le mérite d'accroître leur motivation : « *En donnant des adresses peut-être que ça peut changer les choses. De faire un certificat à proprement parler, oui ça peut aider, ça peut faire des déclics* » (A1), et même pour certains en rupture de suivi médical, de s'y raccrocher par ce biais-là : « *ça peut aussi permettre à quelqu'un de retourner dans le soin [...] ça permet de refaire raccrocher certains patients qui sont un petit peu détachés* » (S4).

Enfin, mise en perspective, cette nouvelle mesure optimiserait la prise en charge des patients en évitant la prescription médicamenteuse : « *une aide qui est vraiment hyper intéressante dans l'objectif de moins prescrire des médicaments pour les patients* » (S4), à l'instar de la campagne publique dont avait bénéficié l'antibiothérapie : « *le message des "antibiotiques c'est pas automatique" [...] apparemment ça a fonctionné pour les antibiotiques... si ça peut fonctionner aussi pour ça pourquoi pas, ce serait bien !* » (S2).

2.4. Comment les MG prescrivent actuellement de l'APA à leurs patients

2.4.1. La prescription orale largement dominante

Avec 13 MG sur 14 interrogés, la quasi-totalité des praticiens s'appuyaient jusqu'à présents sur une prescription orale d'AP ; 10 exclusivement sur un conseil « *oral, uniquement oral.* » (A5), et 3 s'aidaient en plus d'exemples concrets d'AP « *mais des conseils vraiment avec une orientation.* » (A1) ou du « *petit flyer du pôle santé* » (S8), édité localement pour proposer des APA aux patients.

2.4.2. Le contenu de leur prescription d'AP

Concernant les caractéristiques de l'AP prescrite, la régularité primait pour 10 MG et la fréquence d'APA retenue était presque quotidienne : « *voilà, vous faites du vélo une demi-heure tous les jours ; ou 2 3 fois par semaine* » (S7). En termes de durée, « *au moins 30 minutes par jour à leur rythme sans forcer* » (A2). Cinq MG s'attachaient à prescrire une APA progressive, fractionnée, simple, non chronophage, non coûteuse et indolore : « *je me limite à des choses qu'ils peuvent faire chez eux.* » (A2) « *avec du fractionné* » (S6) « *pas d'en faire beaucoup mais d'augmenter la charge progressivement (...) ça prend pas de temps. Et que c'est pas dur à faire [...] des exercices qui sont extrêmement simples au début, qui sont pas ... qui font pas forcément mal [...] ce que je conseille, ça coûte rien du tout* » (S1).

Il est intéressant de noter que parmi eux, seulement 2 MG ont évoqué l'adaptation de l'AP selon la pathologie du patient : « *On va leur dire « non, c'est pas recommandé. Vous allez plutôt faire ci plutôt faire ça* » (S2) « *par exemple les enfants qui ont une scoliose je leur dis faites de la piscine [...] tu les empêches de faire de la gymnastique au sol mais par contre tu vas leur faire faire de la piscine.* » (A4) Enfin un MG soulignait le fait que cette prescription d'AP ne nécessitait pas forcément de cadre formel : « *On leur demande de bouger, on leur dit de marcher ... voilà tout ça. Mais c'est pas entouré forcément cette pratique* » (S3).

Quant à l'AP en elle-même, c'était les recommandations OMS qui revenaient le plus souvent dans les entretiens, avec une prescription assez unanime de marche quotidienne – avec ou sans podomètre, classique ou nordique pour 13 des 14 MG interrogés : « *Donc la fameuse demi-heure d'activité modérée par jour* » (S1). Quatre MG avaient recours à la prescription d'AP dans sa plus stricte définition : ceux-là prescrivaient la réalisation de simples mouvements volontaires, régulièrement « *faire des mouvements et de l'exercice* » (A3) « *Donc faut qu'ils se renforcent musculairement, et qu'ils s'étirent.* » (S1). De manière

assez fréquente également, 6 MG illustraient leur prescription par des habitudes à prendre ou à changer : « *ben non, vous allez prendre systématiquement les escaliers, ou bien vous allez chercher votre pain à pieds plutôt que de prendre votre bagnole, ou bien... vous allez acheter un chien parce que comme ça, vous sortirez le chien.* » (S2). Enfin, de nombreuses AP sportives étaient citées : « *l'activité aquatique et ben de la gym euh de l'aquagym ou même de la natation [...] du cyclisme ou carrément du vélo d'appartement* » (A5), mais aussi le yoga, le football ou le qi qong.

2.4.3. La place prégnante de la kinésithérapie

4 MG nommaient spontanément la kinésithérapie : « *je passe plutôt par les kinés d'abord pour leur faire faire des activités physiques...* » (A4). Le but recherché était double pour ces praticiens : initier la reprise d'AP chez un patient sédentaire « *puis il arrive que je prescrive effectivement des séances de kiné pour commencer, pour leur mettre un peu le pied à l'étrier, pour leur donner envie en suite d'aller plus loin* » (A3), et apprendre les auto exercices reproductibles par le patient, en autonomie « *parce que le kiné est susceptible de leur montrer les... les... les... enfin disons les mouvements qu'ils vont pouvoir faire* » (A4).

2.5. Les ressources qu'utilisent actuellement les MG pour leur prescription d'AP

2.5.1. Pour se former et s'informer eux-mêmes

Comme il a été mis en évidence ci-dessus, les MG ne se sentaient pas suffisamment voire pas du tout informés sur les modalités de prescription écrite d'AP, aussi peu d'entre eux ont identifié des ressources pour aller trouver ces informations manquantes. Un seul MG évoquait spontanément le site internet de la CPAM : « *aller me connecter sur le site de la sécu parce que on peut retrouver ce genre d'information là pour voir comment ça fonctionne* » (A5). Un autre MG critiquait justement la CPAM pour ses délais d'informations : « *la preuve*

c'est que si c'est depuis le 1er mars, on vient de recevoir le papier (NDLR : en octobre) » (S3).

Un autre MG encore se saisissait de la question de la formation avec une approche plus universitaire « *Enfin il faut peut-être juste aller regarder. Donc je vais faire travailler les étudiants des groupes d'échange et d'analyse de pratique* » (S4).

Seul le MG ayant passé sa capacité de médecine du sport, a bénéficié d'une formation présentielle par un médecin du sport, dans le cadre d'une FMC : « *on avait fait une... une FMC l'année dernière avec A.B., qui est le chef du service de la médecine du sport, qui était venu nous présenter le décret au moment où il sortait en fait* » (S1).

2.5.2. Pour informer leurs patients

Dans la mesure où leur prescription était quasi-exclusivement orale et sans support, peu de MG évoquaient les sources d'informations à destination de leurs patients, dans le temps de la consultation médicale. Un MG trouvait ce medium inutile de toute façon : « *je n'écris pas beaucoup de fiche conseil parce que je remarque que dans notre campagne ce n'est pas beaucoup lu et euh les gens se lassent très vite de lire des fiches conseil je pense même qu'ils ne les regarderaient pas beaucoup, donc ce n'est pas très utile* » (A3). Un seul MG se reportait à une source internet pendant la consultation : « *Et moi je leur montre souvent le site de l'EPA [Education Physique et Adaptée]* » (S4) ; *outre le MG formé à la médecine du sport, qui avait recours à des sources bien identifiées, préférentiellement sur internet* « *j'ai trouvé des sites sur internet, deux sites que je leur conseille* » (S1) ; et qui se mobilisait pour « *essayer de trouver des trucs à imprimer* » (S1).

2.5.3. Pour adresser leurs patients vers les partenaires professionnels

Dans l'ensemble, les MG « *adresse à un confrère pour qu'il le prenne en charge* » (S7) sur le plan de la prescription d'APA ; et ils décrivaient tout d'abord leur réseau hospitalier :

- le CHU d'Angers, principal acteur et le plus efficient visiblement car 7 MG le citaient, notamment pour Diabète 49 « *Moi ça m'arrive aussi pour les diabétiques de leur dire « bah inscrivez-vous, prenez contact avec Diabète 49... »* (S7), Lombaction « *j'ai eu un médecin [...] qui était dans le truc Lombaction* » (A6), le centre de l'obésité ou le service de neurologie, qui ont des professionnels identifiés : « *il y a le psycho, le coach* » (S1) « *dans le cadre de son éducation thérapeutique qu'elle a eue au CHU [...] c'est des groupes pour des patients avec des éducateurs sportifs ou des enseignants qui sont vraiment formés à la maladie je pense c'est pas mal* » (A2).

- la réadaptation cardiovasculaire, qui revenait très fréquemment : les cliniques angevines « *le centre de réadaptation pour les personnes qui ont fait une infarct ou qui ont des soucis cardiaques. Voilà réadaptation à l'effort au centre qui est à Trélazé...* » (S7) ; l'hôpital local mayennais « *la rééducation cardiaque [...] c'est sur l'hôpital de Mayenne...* » (S8) ; et les centres de rééducation locaux « *Moi le seul exemple que je connais aujourd'hui c'est la rééducation cardiovasculaire [...] on va lui faire faire de la rééducation cardiaque, on a un centre au Mans* » (A5), ou le CRRRF d'Angers « *des services de rééducation de l'hôpital ou des Capucins* » (S5).

- Enfin, 1 MG mentionnait l'APA proposée par l'ICO à une de ses patientes « *à l'ICO elle fait des activités physiques adaptées* » (A1).

Ces APA proposées par les établissements de santé semblaient reposer essentiellement sur des prescriptions initiales hospitalières : « *J'ai des patients qui ont accès par euh... l'activité physique adaptée qui est prescrite dans le cadre de la réadaptation à l'effort* » (S3).

En second lieu, les MG décrivaient leurs réseaux respectifs de partenaires ambulatoires qu'ils connaissaient ou qu'ils sollicitaient pour leurs patients. Ces partenaires étaient aussi nombreux que divers et variés :

- les clubs sportifs « *Tu sais on a de petits clubs ici tu sais, il y a le judo, il y a le foot, il y a le basket, il a le tennis* » (A4) ;
 - les « *associations comme les ainés ruraux* » (A5) ou « *association ciel bleu* » (S1) , aussi bien que des associations émanant de la mairie ou de la CPAM « *la ville d'Angers a monté l'association l'EPA "éducation physique adaptée"* » (S4), « *je sais que par exemple la [...] CPAM de la Sarthe a ouvert une structure près de la gare [du mans] il y a quelques années déjà, il y a des, il y a des associations j'ai vu qui qui rentraient dans le cahier des charges pour qu'on puisse faire des prescriptions* » (A5) ;
 - les initiatives « *politiques* » locales, via « *une conseillère municipale* » (S8), « *les maisons de quartiers* » (A1), les MSP « *j'adresse vers nos agents d'accueil* » (S4), ou « *au niveau de notre pôle santé, on a une médecin une infirmière ou 2 qui sont intéressées par faire de l'éducation au patient [...] sur l'hygiène de vie, le sport* » (S8) ;
 - les professionnels de santé : essentiellement les kinésithérapeutes pour 7 MG interrogés « *je m'aide plus du kiné en même temps* » (S6), qui initieraient la reprise d'AP « *initier un peu les exercices physiques par le kiné, et bien parce qu'il peut donner de bon conseils* » (A3). La profession serait d'ailleurs en train d'évoluer vers des cours d'AP indépendants des séances de rééducation prescrites habituellement « *Le fait qu'il y ait des nouvelles générations de kinés aussi euh qui fassent faire une activité physique, ou qu'il y ait des programmes* » (A5) ;
 - d'autres professionnels de santé comme les médecins du sport ou réadaptateurs, les ostéopathes, les ergothérapeutes ou les psychomotriciens : « *j'ai un petit réseau [...] des kinés, des ostéopathes ou autres, les médecins du sport* » (S4) ;
 - enfin les professionnels du sport, indifféremment appelés coach, éducateurs sportifs, EAPA, enseignants, moniteurs : « *alors dans la théorie je sais à peu près hein, c'est des personnes qui ont passé des diplômes euh d'éducateur en activité physique [...] les euh*

certains qui ont fait STAPS et qui ont vraiment une spécialité vraiment vers l'activité physique adaptée, des éducateurs en activité physique si j'ai bien compris » (A6), qui étaient connus pour intervenir à domicile « coach sportif... alors elle, c'était plutôt du domicile [...] Je vois dans les foyers logement, les choses comme ça, il y avait des profs qui venaient. » (S6).

Enfin, 2 MG considéraient ne pas avoir de ressources ou de réseau établi pour pouvoir l'utiliser à bon escient : « *y a pas de réseau particulier [...] Enfin je sais pas comment ça peut se... pour le moment y a pas vraiment de réseau* » (S1) ; et 1 MG constatait partir parfois des connaissances du patient lui-même « *parfois il y a des patients qui arrivent avec les documents, ça peut arriver qu'ils nous disent la marche à suivre* » (A5).

2.6. Difficultés soulevées et/ou rencontrées par les MG prescripteurs d'AP/A

2.6.1. Difficultés liées au prescripteur

Paradoxalement à ces ressources pléthoriques, la première difficulté des prescripteurs était le manque de ressources existantes, ou leur méconnaissance et le manque de référents identifiés. Les MG ruraux disaient qu'il n'y avait « *pas beaucoup de structures en Sarthe* » (A5). Des MG suburbains, avouaient simplement ne pas connaître suffisamment leur lieu d'exercice « *Moi je connais pas sur le coin, entre guillemets, quelles sont les ressources.* » (S6). Mais même les MG urbains se trouvaient démunis pour adresser leurs patients, en dépit de structures disponibles : « *pour l'activité physique adaptée... moi je saurais pas orienter. On n'a pas vraiment de documents, ou de... de références pour adapter... adresser les gens vers telle ou telle personne hein, ou telle ou telle salle [...] Comme j'ai pas de... pas d'interlocuteur* » (S3). La pertinence des structures était aussi mise en cause : « *Mais est-ce on aura aujourd'hui des clubs de sport qui adapteront facilement* » (A4).

La seconde difficulté des prescripteurs, relevée par 9 d'entre eux, s'avérait être la peur de cette prescription. La peur de ne pas savoir faire, faute d'avoir été formé et/ou

informé « *je ne suis pas assez calée pour réussir à faire ça* » (A2) ; la peur de faire courir un risque à son patient compte tenu de sa pathologie ou de l'AP envisagée, l'ALD étant en soi un frein à la prescription d'AP pour 2 MG : « *parce que les gens en ALD, c'est forcément des gens plus fragiles : on va pas les envoyer dans n'importe quelle salle de sport en disant « voilà vous montez sur les vélo et puis vous faites n'importe quoi sans être encadrés*Mais moi, au début quand j'ai vu ça je me dis « oh là là ! surtout pas ! » ; puis *je me dis « attends, plusieurs fois je lui parle de sport, plusieurs fois elle a jamais là donc... mais on va se couvrir, en se faisant aidé du médecin du sport* » (S4). Pour 2 MG, cette crainte de ne pas savoir relevait plutôt l'inexpérience associée à la nouveauté : « *c'est flou encore et compliqué parce que ça vient d'être euh mis en place et que je ne l'ai jamais utilisé de cette forme là je ne sais même pas si le formulaire est d'ailleurs en ligne enfin j'en sais rien* » (A1) « *j'ai pas encore pris l'habitude euh c'est comme tout, une fois que ça aura peut-être marché chez 1,2,3 patients euh c'est une habitude de prescription qui va rentrer* » (A5).

La troisième difficulté rapportée par 5 MG était celle du temps :

- pour aller chercher les informations manquantes décrites plus haut « *on n'a pas forcément le temps de se renseigner sur ça, parce que c'est entre 10000 choses...* » (S8) ;
- pour envisager d'échanger avec les professionnels dans la prise en charge d'APA de leurs patients « *En soit oui mais de toute façon on manque de temps pour rajouter ça...* » (A2) ;
- pour aborder la prescription d'AP en consultation, soit parce que la consultation était déjà trop dense avec de multiples motifs de recours au MG « *on l'oublie des fois pour plein de raisons, parce qu'on est pressé, parce qu'on doit voir les gens rapidement, parce que les gens nous demandent 5... 10 problèmes en même temps. Ça c'est un véritable problème...* » (S2), soit parce que le temps du MG et le temps du patient n'étaient pas les mêmes : « *C'est*

plus de leur laisser le temps de... de réaliser, parce que souvent la consultation est sur quelque chose d'aigu et ils sont franchement pas en état de faire du sport » (S8) ;

- pour se constituer un support à la prescription encore orale « Pour le moment j'ai pas pris le temps de donner, de faire un support pour eux. » (S1).

La quatrième difficulté recensée était pour deux des MG l'évaluation précise de l'AP déjà mise en œuvre par le patient, prérequis à toute prescription adaptée : « je pose toujours la question de l'activité réelle en essayant de la mesurer, ce qui n'est pas toujours facile » (S6).

La dernière difficulté avouée par 2 MG est celle de la démotivation du prescripteur, pour deux raisons bien distinctes : l'un par découragement devant des prescriptions d'APA non suivies vécues comme autant d'échecs répétés « des prescriptions orales diabète 49 : sans succès ; podomètre : sans succès ; et puis là, l'action de santé qu'on fait et puis pour lequel j'ai pas encore de retour » (S4) ; l'autre par « économie » devant une nouvelle pratique proposée à l'aube de sa retraite, en toute fin de carrière « j'ai plus beaucoup le temps pour les lire, ce qui fait qu'on fait de la formation, euh on est proche de la sortie donc on fait de la formation j'allais dire de façon succincte » (A4).

2.6.2. Difficultés liées au patient

« Le problème c'est que je n'arrive pas à le motiver » (A4) « La difficulté ? bah c'est la motivation » (S1) : le principal obstacle contre lequel buttaient 6 des 14 MG interrogés était le manque de motivation des patients, ou leur incapacité à les motiver. Toute la difficulté semblait résider dans le fait de trouver le levier qui joue sur la motivation du patient : « mais y'a vraiment pas la motivation et je sais pas... il faut un élément... un élément déclencheur que j'ai pas pour l'instant » (S4). Des MG insistaient sur la force des habitudes, souvent difficiles à vaincre : « et là je me heurte à un mur d'habitudes » (A4). Il découle de ce

problème motivationnel, l'inobservance qui peut elle-même mettre le prescripteur en difficulté comme on l'a vu plus haut.

La deuxième difficulté qui remontait des entretiens était la complexité même du public visé par cette prescription d'AP : « *il faut vraiment s'adapter au contexte euh... particulier de la personne, contextuel mais ça peut être aussi son contexte social, son contexte intellectuel, son contexte.... Il y a plein de limitations, plein de limitations...* » (S2) « *C'est difficile parce qu'il y a beaucoup de freins* » (A3). S3 illustrait bien la complexité que représentait la prise en compte de la dimension psychosociale des patients : « *Ben là on est aux confins de 2 générations parce qu'on a ceux qui... qui voilà... qui ont toujours fait, sont à fond, à la limite faut leur dire euh « ralentissez un peu les salles de muscu, les régimes les machins les trucs ; et puis cette génération un peu plus ancienne qui... qui a beaucoup de travail manuel, travail de la terre beaucoup de travail et où ils font... ils font plus grand chose euh... pff [soupir] [silence]* » (S3).

Et concernant la génération de patients plus ancienne, leur grand âge en lui-même constituait un frein à la prescription d'AP/A pour A4 : « *Si tu veux je pense que je me heurterais plutôt à l'âge des gens qui considèrent qu'au-delà d'un certain âge le sport ce n'est plus pour eux.* » (A4). De la même manière, alors que le décret ne concernait que les patients en ALD, le MG considéraient justement l'ALD comme un frein à la prescription d'AP/A : « *Y'en a pas beaucoup en ALD à qui ont peu d'emblée prescrire du sport [...] puis je cherche les ALD dans lesquels je pourrais faire faire du sport aux gens, activité sportive adaptée, même adaptée je ne vois pas ce qu'on pourrait lui faire faire* » (A4). Au sein des ALD en général, le diabète en particulier était pointé du doigt : « *le diabétique il n'y a pas de problème, mais là par contre il est imperméable* » (A4) « *Les diabétiques, euh [soupir] c'est compliqué ! [rires] Déjà les motiver à bouger* » (S1).

Une autre difficulté d'un tout autre ordre était notée par 2 MG : celle de faire évoluer les idées reçues des patients au fur et à mesure des acquis de la science. En effet, poids d'un héritage parfois lourd, un certain nombre de conseils ou recommandations rebâchés à des générations entières avaient la vie dure et demandaient à être surmontés pour ces MG « *Tu sais pendant très longtemps on expliquait aux gens qui avait une sciatique ou un lumbago surtout vous restez au lit, vous ne bougez pas. On les mettait 8 jours au lit. Aujourd'hui c'est... il ne faut surtout pas les immobiliser* » (A4).

Enfin, la dernière difficulté mais non des moindres, était plus un problème de communication médecin-patient autour de représentations divergentes, qu'il conviendrait d'explorer pour réussir à construire une prescription qui emporte l'adhésion du patient. Cette anecdote l'illustrait : « *j'ai un mal fou à faire faire du vélo aux gens, alors pourtant le vélo [...] ça fait des années et des années que je lui demande de faire du sport eu je l'ai vu hier faire du vélo mais il fait du vélo, il promène le vélo quoi [en mimant quelqu'un qui pousse un vélo par le guidon]. Il a sorti le vélo, il a promené le vélo* » (A4). En parlant des AP aquatiques, S3 poussait plus loin le questionnement « *Hein parce que chacun a son imaginaire autour de ça [...] pourquoi est-ce qu'ils ont peur ? est-ce qu'ils ont peur de se mettre en maillot de bain pour l'aquagym ? ou ils ont peur de l'eau ?* ». Rien que sur la définition d'AP, médecin et patients ne mettraient pas le même sens derrière un signifiant pourtant commun : « *Pour beaucoup de gens c'est comme ça : ils croient avoir une activité physique, en fin de compte non* » (S6).

2.6.3. Difficultés liées au système de soins

Restaient encore des difficultés relevant de l'organisation des soins dans notre pays, au premier rang desquelles une méconnaissance et un manque de confiance dans les EAPA, puisque ce serait eux les principaux concernés, en tant « qu'exécutants » de la prescription d'APA : « *après la limite c'est euh comment on valide la qualité de la formation de, comment*

on reconnaît quelle structure travaille bien ou pas, c'est le cas pour n'importe quel professionnel de santé mais on a des diplômes d'état pour les kinés et les pédicures podologues et les infirmières, pour les préparateurs sportifs je sais qu'il y a des diplômes mais je ne les connais pas » (A5) « il ne faut pas qu'ils fassent faire n'importe quoi » (A3) « après ça devient délicat parce qu'il faut que ça reste très centré sur le sport et pas sur la pathologie... enfin ce ne sont pas des professionnels de santé donc euh niveau du secret médical... » (A2).

Une deuxième difficulté remontée par 3 MG était le manque de pérennité des structures proposant des AP, ce qui rendait plus incertaines leur habitude de prescription et l'observance des patients : « *Le problème sur ces structures... les structures... sur ces 3 structures là, c'est la pérennité. Il y eu une interruption de 2-3 mois [...] ennuyeux autrement : à la fois nous pour nous habituer à proposer, et puis à la fois pour que les patients adhèrent.* » (S8).

La coordination des soins représentait une autre difficulté, chez des patients au lourd suivi pluridisciplinaire en particulier, où le MG peinerait à s'y retrouver : « *y a des domaines où je suis pas forcément bon : tu vois, enfin par exemple, les patients handicapés [...] Mais je sais pas s'il y a des protocoles, s'il y a des choses... D'où est-ce que ça lui est venu ? Est-ce que c'était une prescription des... ; parce que c'est des gens qui sont multi suivis par plein de spécialistes ; est-ce que ça vient d'un spécialiste, est-ce que ça vient de lui-même ? je... je sais pas* » (S4). A une autre échelle, la coordination hospitalo-ambulatoire était décrite également comme une difficulté supplémentaire : « *il faut pas le dire trop fort parce que c'est le CHU. Je euh... Où moi j'ai été complètement squeezé dans l'histoire* » (S6), à laquelle s'ajoutait des délais de prise en charge bien trop longs « *mais c'est compliqué. Parce que les délais sont excessivement longs. Donc c'est pas simple* » (S6). Toutefois, ce réseau

hospitalier d'offres d'AP/A semblerait plutôt peu coordonné « *c'est un peu en binôme avec le CHU. Binôme sans l'être hein. Mais c'est pas vraiment officialisé* » (S1).

Enfin, le coût que représente une AP/A régulièrement suivie, qui était soulevé par S3 « *on va pas pouvoir le proposer à tout le monde* », faisait émergé la question de la justice sociale avec l'égal accès aux soins pour tous et le remboursement de cette prescription d'APA, qui seront abordés plus loin.

3. Le médecin généraliste face au patient

3.1. Les pathologies préférentiellement ciblées par les médecins généralistes

La plupart des MG évoquaient spontanément « *le domaine cardio-vasculaire... dans tout ce qui est diabète* » (S6) et « *pour les obèses* » (A6). Parmi les pathologies cardio-vasculaires les plus souvent citées, on retrouvait l'hypertension « *Tous ceux qui ont des chiffres tensionnels un peu limites aussi* » (S7) et les pathologies coronariennes « *les insuffisants cardiaques, pour euh... en post infarctus* » (S3).

Ils étaient également nombreux à cibler les patients souffrant de « *lombalgie, enfin rachialgie euh... et TMS* » (S6). Un médecin évoquait également « *une scoliose* » (A3).

Quelques MG citaient les pathologies néoplasiques et neurologiques : « *c'était avec une jeune de 40 ans qui a un cancer du sein [...] je pense à un autre patient, qui a une sclérose en plaque* » (A1) et « *épilepsie* » (A2).

D'autres pathologies étaient évoquées par les MG : les « *troubles cognitifs* » (S5), les pathologies psychiatriques « *qui a un gros suivi psy* » (S1), et l'*« insuffisance respiratoire »* (S5). Enfin, bien que n'étant pas une pathologie organique, la sédentarité revenait souvent « *je conseille beaucoup en lien avec, euh les sédentarités* » (A1).

3.2. Les situations permettant aux MG d'aborder l'APA avec leurs patients

3.2.1. Les situations où le patient apporte une demande qui s'y prête

L'un des principaux leviers pour parler d'AP était la consultation où le patient « *avait besoin d'un certificat de non contre-indication au sport* » (A2).

Le médecin S1 rapportait des demandes relatives à un symptôme « *je les vois quand même pas mal souvent pour les mêmes problèmes, mêmes problématiques de douleur et de fatigabilité* » et « *très souvent sollicités [...] les conseils, les sportifs du dimanche qui se blessent voire même les sportifs de haut niveau qui viennent nous voir pour des blessures, ils viennent me voir pour des plaintes* » (S1), ou à simple désir de mieux être « *ils viennent me voir parce qu'ils ont envie d'aller un peu mieux* » (S1). Et le médecin S4 se saisissait des demandes d'amaigrissement « *Là, elle reprenait par l'accroche par rapport au poids* ».

Certains patients consultaient suite à un diagnostic posé, « *elle s'est retrouvée bah angoissée en se disant " j'ai des problèmes cardiaques, c'est pas symptomatique, mais c'est abîmé qu'est-ce que je peux faire, qu'est-ce que je ne peux pas faire ? "* » (S8).

Plus simplement un MG profitait de « *l'occasion d'un renouvellement* » (S1).

3.2.2. Les situations où le patient apporte sa prescription d'APA initiée par un spécialiste

Dans d'autres situations, le patient se présentait à la suite d'une consultation avec un spécialiste ou une hospitalisation au cours de laquelle il lui a été proposé de faire de l'APA comme dans S8 « *les cardiologues lui ont proposé* » et « *il lui avait été proposé de faire de la gymnastique douce et de l'aquagym [...] elle était assez demandeuse* » (A2).

Le médecin S7 rapportait plusieurs exemples de patients ayant pu bénéficier d'un programme de rééducation, désormais terminé, qui étaient en demande de poursuivre l'APA : « *mais ils m'ont tous redemandé parce que ils savent qu'il peut y avoir, pas*

forcément au sein de la structure de réadaptation, mais euh en ville fait par des kinés, euh une poursuite de l'activité ».

3.3. Les freins à la pratique d'AP, identifiés par les MG chez leurs patients

Cependant, certains MG semblaient dire que les patients n'étaient pas demandeurs d'AP : « *c'est que les patients ne sont pas demandeurs au départ, au départ ils ne sont pas vraiment conscients qu'ils pourraient faire quelque chose* » (A3).

Les trois grandes limites exposées dans de nombreux entretiens étaient tout d'abord le manque de temps : « *c'est surtout ce qu'ils disent... c'est "j'ai pas le temps"* » (S1). On retrouvait ensuite le problème du coût de l'AP illustré dans S2 « *il y a des gens qui me disent "ouais mais moi par exemple aller en salle, faire des trucs, ça va me coûter cher et cætera"* », ainsi que l'accessibilité aux structures proposant l'AP relaté par S3 « *Il faut aller un peu plus loin et c'est difficile pour eux* ».

Deux médecins nous expliquaient l'inertie de leurs patients pour débuter une APA par leur sédentarité trop ancrée, « *Chez d'autre c'est plutôt la sédentarité qui fait qu'ils ne veulent pas sortir faire autre chose quoi* » (A2). Un médecin rapporte aussi le dégoût de certains patients pour l'activité physique « *il y a des gens qui sont totalement hostiles à l'activité physique. C'est "moi, non non, je n'aime pas du tout ça..."* » (S2), ou un certain « *déni des fois des choses "non j'ai pas besoin parce que voilà..."* » (S2).

Le médecin A5 nous rapportait que certains de ses patients ne faisaient pas de vélo ou de marche parce que les routes étaient trop dangereuses « *On a des patients qui nous disent que de par la sécurité sur la route ou euh sur les routes de campagne, ils ne peuvent pas marcher, ils ne peuvent pas aller chercher à pied euh leur pain* ».

D'autres pensaient avoir une activité physique alors que ce n'était pas le cas « *certaines personnes ont l'impression d'avoir une activité, sauf que c'est une activité*

physique difficile, par exemple ils peuvent faire du bricolage mais qui n'a pas d'impact sur le fait de brûler des graisses ou de d'avoir un entraînement cardio vasculaire » (A5).

D'autres patients opposaient leurs symptômes comme empêchement : « *des patients assez régulièrement qui nous disent qu'ils ne peuvent pas faire d'activité physique parce que j'ai mal à un genou, j'ai mal à la hanche* » (A5).

Il y avait quelques appréhensions relevées par les MG : celle de s'ouvrir à des inconnus « *mais il faut aller vers les autres. Quelques fois c'est difficile...* » (S3) ; celle du danger potentiel de l'AP « *Enfin peut être aussi que certains ils ont des appréhensions à faire du sport euh parce que ils se disent que c'est dangereux* » (A2) ou « *parce que souvent le sport fait peur* » (A3) ; celle de ne pas être à la hauteur de la prescription « *Donc des fois les gens font pas, parce qu'ils pensent que ce qui a été prescrit était trop rigoureux, trop...trop strict* » (S2).

3.4. Des éléments tout de même moteurs

Les MG citaient facilement l'existence d'une pratique d'AP antérieure au diagnostic de la maladie : « *s'il y avait pas d'activité physique avant, ce sera un exercice plus difficile de convaincre que c'est important de le faire* » (S2). Les résultats visibles étaient également très encourageants : « *avec le fait de marcher régulièrement, on a quand même de bons résultats sur l'hémoglobine glyquée* » (S2).

Les MG constataient enfin qu'il y avait plus d'assiduité à la pratique d'AP en famille « *c'était un élément moteur, son gamin...* » (S4), ou à défaut avec son animal de compagnie : « *oui je le fais, oui j'ai acheté un chien* » (S7).

L'annonce d'un diagnostic pourrait être un moment propice : « *puis d'autre avec qui d'emblée sur euh découverte de diabète des choses comme ça quand on leur parle d'activité physique voilà ils vont, ils vont se sentir concernés* » (A6).

L'information publique via les campagnes sanitaires auraient leur impact selon le médecin S7 « *ils lisent les journaux, ils écoutent la télé, la radio donc ils savent. Au fond d'eux ils savent que faire du sport, bouger, ce ne sera que bénéfique* ». De la même manière, l'information personnalisée avec des adresses remises aux patients serait favorisante : « *ça a bien fonctionné pour cette dame où on lui a donné des coordonnées* » (A2). Bien sûr, ceci à condition de disposer de cette possibilité, davantage en ville semblait-il : « *Alors en ville, on a quand même une accessibilité* » (S3).

L'utilisation de nouvelles technologies pourrait aider le patient dans sa pratique d'AP « *Le vélo à assistance électrique [...] ça permet à des gens de continuer de... d'avoir une activité physique, qui aurait beaucoup diminuer, et d'autres qui y reviennent* » (S6). Le médecin A5 évoquait la montre connectée : « *je ne sais pas si c'est fiable mais ça leur donne des objectifs [...] on a pu constater une nette amélioration de leurs chiffres quand ils respectent les objectifs de 10000 pas par jour* ».

4. Les perspectives d'avenir

4.1. Le remboursement de la prescription d'APA

4.1.1. Des arguments en faveur ...

La quasi-totalité des médecins s'accordaient pour dire que cela serait incitatif pour les patients, « *je pense que ça pourrait effectivement être incitatif* » dans l'entretien S1, mais la majorité se prononçait en faveur d'une prise en charge financière partielle plutôt à la phase initiale, pour provoquer un effet starter : « *le mettre en place peut être pendant quelques mois, le temps que ils se soient mis dans le rythme qu'ils se soient rendu compte des bénéfices que ça leur apportait sur le plan physique, psychologique etc. et ensuite de leur laisser la porte ouverte de continuer* » (A2). D'autres MG se prononçaient en faveur de prises en charges différentes : « *Moi je serais plutôt dans le domaine du dégressif, c'est-à-dire que euh... au départ on est sur un truc qui coûterait pas forcément très cher ; et puis si on*

continue après on peut éventuellement baisser le prix [...] En encouragement. C'est-à-dire que celui qui, voilà, fait l'effort de continuer à le faire... à faire comme il faut ; ça, ça vaut le coup. » (S6). Ou bien sous formes de subventions « *je pense que c'est plus une enveloppe éventuellement pour les collectivités ou les associations parce que [...] les patients ne demandent pas tellement d'avoir une enveloppe financière* » (S8).

Cela permettrait également de réduire les inégalités sociales qui pourraient écarter certains patients : « *bah c'est limiter le frein financier euh... qui peut gêner certains patients* » (S6), « *chez certains patients, à revenus particulièrement bas [...] Pourquoi pas* » (S5).

Le médecin S4 tenait le raisonnement suivant : « *vu les... toutes les données scientifiques qu'on a, qui montrent l'efficacité du sport sur plein de choses ça me choquerait pas que ce soit remboursé à 100%. Et ce serait même bien* ». Selon un raisonnement un peu similaire, un autre MG y voyait un investissement sain, raisonnable, voire économique, « *Et je pense que c'est tout à fait raisonnable de rembourser ce type d'activité plutôt que de se brancher que sur les médicaments et euh pour l'exercice physique adapté et payé par la sécurité sociale dans un but thérapeutique c'est extrêmement, une très très bonne idée* » (A4).

Enfin, un MG voyait dans le remboursement de l'APA sa mise en valeur : « *les avantages c'est je pense que, que ça donne quand même l'idée à la population qu'il faut qu'ils reprennent une activité physique* » (A5).

4.1.2. ... et d'autres, à l'inverse, farouchement opposés

Par contre, une prise en charge financière déresponsabiliserait des patients d'après plusieurs médecins, comme exprimé dans l'entretien S1 « *faut que les gens se prennent en mains quoi* », et le plus gros écueil serait de déresponsabiliser totalement les patients, « *la possibilité d'une prise en charge, moi... qui moi a priori ne... ne m'inspire pas, parce que nous tombons dans le système de l'assistanat* » (S5).

Le risque d'abus et de surconsommation était pointé par le médecin A4 « *tu sais on voit que les gens CMU consomment beaucoup plus de soins dentaires que les gens qui ne le sont pas. Et les gens en CMU consomment beaucoup plus de médicaments et de soins médicaux que les autres qui ne sont pas en CMU. Est-ce que leur état le justifie je ne suis pas sûr*[du tac au tac] creuser le trou de la sécu ».

Un autre point important a été soulevé par plusieurs médecins, à savoir que le problème principal ne serait pas d'ordre économique : « *c'est pas un problème financier* » entretien S1. Pour ceux-là, faire de l'activité physique n'est pas forcément très couteux « *Alors il y a des tas de choses qu'on peut faire sans que ça coûte cher* » (S2).

Pour le médecin A1, le remboursement de l'APA n'était tout simplement pas une demande des patients « *la question du remboursement bon, hum là évidemment, ça ne revient pas tellement, les patients ce n'est pas une demande* ».

Par ailleurs, considérant le sport comme étant du domaine du loisir, un MG n'était pas en faveur du remboursement de l'APA, qui surmédicaliserait davantage des patients déjà très médicalisés : « *il faut que ça puisse rester quelque chose de l'ordre du loisir et la question de la prescription et du remboursement c'est difficile de s'approprier qqch comme restant un loisir* », « *les personnes qui sont en ALD c'est déjà très médicalisé [...] et vivre ça finalement exactement comme un autre soin ou un autre traitement, euh , c'est possible , enfin moi ça me gêne l'idée c'est de s'approprier un peu les choses euh, et de se faire plaisir aussi et du coup de se détacher un peu du cadre médical* » (A1).

Le médecin S6 pensait qu'avec l'argent pour seule motivation, il n'y aurait aucun bénéfice à attendre de l'APA : « *Mais l'autre limite c'est « parce que c'est gratos on y va », quoi. Donc euh... si la motivation première devient le fait que c'est gratuit, je pense que c'est*

mal embarqué ! ». Il soulignait de plus qu'un certain nombre de patients payaient déjà d'autres soins non remboursés, sans que cela fasse débat, et calquerait volontiers les séances d'APA là-dessus : « C'est comme quand on va chez l'ostéo ». Enfin, il concluait « je dis aux gens que tout a un coût. Et à partir du moment où vous êtes dans une activité qui vous fait du bien, si vous êtes un peu de votre poche c'est pas une catastrophe. Voilà. »

4.2. Les attentes des MG pour cette prescription à l'avenir

4.2.1. Une démarche clinique codifiée

Le médecin A1 plébiscitait une consultation médicale initiale dédiée à la prescription d'APA « *il y aura une consultation dédiée je pense* » qui aboutirait à la réalisation d'un certificat médical spécifique « *enfin, soit on contre-indique complètement – d'ailleurs dans les papiers c'est comme ça. Mais on... moi je verrais bien à ce moment-là un certificat avec certaines restrictions qu'on pourrait proposer* » (S3). Une consultation où il « *faudrait un entretien motivationnel avec le patient* » (S6).

Les médecins étaient demandeurs d'un suivi formalisé du patient, qui débuterait en premier lieu par un bilan plus poussé avant le début de l'AP, sur le plan cardiological notamment, comme l'expliquait le médecin S4 « *Parce que moi, une prescription de... de... de sport ; pour moi ça amène toujours une notion d'un bilan ou d'être sûr qu'il a bien été suivi, qu'il ait eu peut-être au moins un ECG, voire une épreuve d'effort en fonction de son âge, en fonction des différentes recommandations* », quitte à adresser le patient vers un spécialiste : « *je pense que si on l'adresse vers quelqu'un qui est spécialisé dans ça, je pense qu'il saura faire* ».

En second lieu, les MG s'accordaient pour que le suivi soit assuré de préférence par le prescripteur « *si on met quelque chose en place, il faut un suivi derrière [...] à faire par celui qui fait l'acte à mon avis* » (S6), avec des échanges entre prescripteur et effecteur de l'APA : « *c'est qu'ils s'attendent à ce que le médecin ait un retour du professionnel de santé qui va*

qui va faire le... la pratique sportive... » (S7). Ceci afin que le MG puisse suivre l'évolution de son patient, « comme on peut avoir avec les pédicures podologues, avec les kinés » (A5) ou « pour le centre de réadaptation à l'effort [...] il y a un bilan d'entrée et un bilan de sortie. Et le médecin est... est tenu au courant voilà » (S7).

4.2.2. Un désir de formation et d'information

Un MG pensait ne pas avoir les connaissances suffisantes, « faut qu'on soit formés. On l'est pas pour l'instant. En tout cas, moi, je ne suis pas formé » (S6). Avant même la formation, plusieurs MG attendaient une information sur le fonctionnement de l'APA « bah moi je m'attendrais à ce que soit on soit informé, bah soit par un professionnel de santé qui fait cette pratique-là ou je ne sais pas quel autre professionnel, ou euh recevoir des mails j'en sais rien moi, d'ameli [NDLR : site internet de la CPAM] » (A6).

D'autres médecins estimaient qu'une formation serait également nécessaire pour les professionnels du sport, appelés à recevoir ces patients un peu particuliers, et qui deviendraient source d'information pour ces derniers : « il y a aussi bah les profs de sport et les éducateurs sportifs qui doivent être formés dans ça donc euh... donc je pense que, eux, peuvent aussi donner les informations et encadrer les patients de ce sport-là » (S4), en même temps que des interlocuteurs pour les médecins.

Un autre MG soulignait l'importance d'avoir un répertoire, pour que médecins et patients puissent se repérer dans l'offre d'APA à proximité de chez eux : « Je pense que c'est peut-être plus une cartographie pour une visibilité à la fois pour nous et pour les patients » (S8). Un de ses confrères abondait en ce sens en espérant pouvoir disposer à l'avenir d'un support pour le patient avec les coordonnées des professionnels vers qui se tourner : « j'ai vraiment vu toute la liste des personnes compétentes pour le faire, je pense qu'il y aura euh, enfin j'espère un support, à donner au patient » (A1).

4.2.3. Des structures qui doivent répondre à la demande

Pour que l'AP soit adaptée et que le patient soit correctement orienté, le médecin S4 pensait qu'il faudrait l'existence de structures spécialisées « *Et l'adaptation bah j'espère que s'il y a une prescription, j'espère qu'ils seront orientés vers une structure qui est spécialisée dans ce type de prise en charge* ». Le médecin A3 estimait quant à lui, que cela pouvait se traduire par la création d'associations dans les campagnes « *il faut aussi qu'il y ait dans nos campagnes des associations qui fassent de l'exercice physique* » ou par l'intervention de coachs sportifs qui viendraient de façon régulière dans les centres sociaux comme le suggérait le médecin A5 « *c'est-à-dire que si par exemple je savais que une fois par semaine ou 2 fois par mois, il y avait un coach euh reconnu par la sécu qui euh peut être fait un point avec les patients ou même organise une activité physique euh ça, ça serait plus intéressant* ».

4.2.4. Créer un effet de groupe

Deux médecins soulignaient que la prescription devait être massive pour être efficace ; et que pour devenir massive elle devait entrer dans les habitudes, comme toute nouvelle chose « *il suffit qu'il y ait un de nos collègues qui s'y mette et puis euh ça peut faire un peu effet de mimétisme, il y a un certain nombre de nouveautés comme ça qui mettent un peu de temps avant de diffuser, avant d'être dans la pratique courante* » (A5). Le médecin S6 pensait plutôt que le volume de prescription serait d'autant plus important que les MG seront formés à cette nouvelle possibilité « *Bah l'idée c'est... faut que tout le monde s'y mette. C'est-à-dire qu'il faut que les médecins soient formés. Faut que... s'il y a qu'un médecin qui prescrit ça sert pas à grand-chose, quoi. C'est-à-dire que si tout le monde le prescrit, euh... là c'est intéressant* ». Le médecin A6 ajoutait par ailleurs que la prise en charge financière de l'APA pourrait inciter les médecins à prescrire plus facilement de l'APA, sans pour autant le faire sans réfléchir « *Est-ce que ça modifierait ma prescription bah*

forcément oui si c'est remboursé à 100% peut être qu'on aura la main un plus facile pour orienter les gens. On va dire ça m'influencera dans une certaine mesure, mais peut-être pas complètement quoi » ce qui serait donc profitable pour avoir un effet de prescription en masse.

Il faudrait également créer un effet de groupe au niveau des patients, qu'ils « en parlent entre eux et qu'ils se motivent entre eux [...] parce que le, ça ne se décrète pas, il y a un dynamisme de groupe qu'il faudra instituer et ça je crois que c'est important » (A3).

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

La première limite de cette étude est le biais d'évaluation puisque c'était le premier travail qualitatif des auteurs, induisant une différence inévitable entre les premiers entretiens réalisés et les suivants.

Il existe aussi un biais d'interprétation dans la mesure où ce travail a nécessité un codage individuel, qui faisait appel à la subjectivité de chaque auteur. Pour atténuer ce biais, une triangulation des données a été réalisée, avec un double codage en aveugle.

Le biais de sélection est également imputable à cette étude, puisque le recrutement s'est fait exclusivement par effet boule de neige au sein des enseignants ou maîtres de stages universitaires et des connaissances des auteurs. Néanmoins, l'échantillonnage réalisé volontairement en variation maximal a permis d'atténuer ce biais.

Enfin, il existe un certain biais de confusion, les participants ayant souvent employé indifféremment les termes de « sport » ou « d'activité physique » ou « d'activité physique adaptée » pour parler de l'APA étudiée dans ce travail, de la même manière qu'ils ont décrit leur prescription chez des patients en ALD et des patients « non ALD » indistinctement.

2. Le point de vue des MG sur l'APA en elle-même

2.1. Des MG acquis à la cause

Grâce aux travaux appuyant les bienfaits de l'AP sur la santé (1), bienfaits constatés sur le terrain par les MG au travers de différents marqueurs comme le poids ou l'HbA1c ; la prescription d'APA aux patients en ALD est une mesure bien accueillie par les MG. Les MG ont conscience depuis plusieurs années de l'importance de l'APA pour la santé, et de leur rôle à

jouer comme acteurs de santé, à l'instar de nombreux autres travaux sur le sujet (2-4,11,13-17).

2.2. Des MG déplorant la surmédicalisation et la déresponsabilisation

Plusieurs MG considèrent l'APA comme un loisir ayant trait à la vie privée, à l'initiative exclusive des individus, par conséquent leur intervention viendrait médicaliser voire surmédicaliser ce qui ne devrait pas l'être. Les MG Grenoblois sont du même avis que les Angevins (13,17).

En outre, des MG font le constat, navrant selon eux, d'être réduits à faire des prescriptions de bon sens, à enfoncer des portes ouvertes : « *c'est presque comme si on écrivait n'oubliez pas de respirer* » (3,14,17).

3. Le point de vue des MG sur la prescription d'APA

3.1. Les MG ne savent pas quoi prescrire comme APA

Ce travail vient conforter les résultats d'autres études comparables réalisées antérieurement et/ou ailleurs en France : les MG estiment manquer de connaissances pour prescrire l'APA (2-4,14,17) ; ils manquent aussi d'outils. Pour cette raison, ils ne se sentent pas compétents, aussi bien sur le plan clinique qu'administratif, pour rédiger une telle prescription. Le Médicosport-santé (18), ce dictionnaire des AP pouvant être prescrites aux patients et créé par la commission médicale du comité national olympique et sportif français, épais de quelques 564 pages, qui se voulait un outil pour pallier ce manque de connaissances ne répond pas bien à cette demande : il se prête difficilement à la pratique courante du généraliste. Par ailleurs il est largement méconnu des MG (17).

Même l'aisance des médecins formés à la médecine du sport (au moyen de DESC ou de DU) semble contradictoire dans la littérature : des travaux concluent à leur aisance à

prescrire de l'APA (13) alors que d'autres semblent les laisser autant en difficulté que leur confrère dès lors que l'on s'éloigne du champ sportif pour s'attacher à l'APA (17).

Souvent, le raisonnement de ces MG démunis aboutit à adresser leur patient à un confrère spécialisé pour qu'il réalise la prescription.

3.2. Les MG ne savent pas comment prescrire l'APA

Administrativement, les MG ne connaissent pas, ou de façon très sommaire, la teneur de la nouvelle loi et ses modalités d'application, en dépit du guide permettant la mise en œuvre du dispositif, édité par le gouvernement. Le formulaire de prescription d'APA en annexe du Code de Santé Publique (19) est inconnu de tous les MG interrogés. Certains évoquent comme support l'ordonnance classique d'autre l'ordonnance ALD, mais ils sont très peu à savoir concrètement rédiger leur prescription sur le papier.

3.3. Les MG ne savent pas où adresser leurs patients

D'autre part, les MG disent manquer de réseaux identifiés, malgré de nombreuses ressources disponibles mais méconnues (2,17). La première étape, théorique, consiste en l'identification du professionnel concerné : kinésithérapeute, ergothérapeute et psychomotricien pour les patients en ALD souffrant de limitation fonctionnelle sévère; EAPA pour les patients modérément limités ; éducateurs sportifs professionnels ou fédéraux pour les patients sans limitation, ou minime (10,19). Du fait de la méconnaissance des textes législatifs, cette étape liminaire est déjà épineuse. La seconde étape, pratique, consiste à identifier localement les professionnels partenaires ; mission déléguée aux ARS qui recensent les structures et les professionnels afin de mettre à disposition un annuaire en ligne, à la fois destiné aux MG et aux patients eux-mêmes. Toutefois, le site internet mis en place par l'ARS des Pays de la Loire (20), référençant par activité, lieu, âge et pathologie les différentes APA proposées n'est pas fonctionnel et le sera pas avant longtemps : le décret d'application paru

en mars 2017 est venu geler les processus de labélisation en cours de ces structures sportives. Il y a donc un début de répertoire, mais il faudra encore patienter plusieurs mois ou années.

Certaines fédérations sportives (21) ont un portail internet proposant leur filière APA, mais tant qu'un outil exhaustif localement et fonctionnel fera défaut, les MG ne consulteront pas les ressources éparses et partielles.

3.4. Les MG ont peur de leur prescription écrite et des EAPA

Il est intéressant de noter qu'un certain nombre de MG interrogés avouent leur peur de prescrire de l'APA chez leurs patients précisément en ALD, parce qu'ils sont par définition plus fragiles et/ou plus âgés, ce qui ne semble pas avoir été soulevé auparavant. C'est la peur d'une prescription inadaptée, non pertinente voire dangereuse pour leurs patients.

Les MG ont également un sentiment de méfiance envers les EAPA, totalement méconnus des médecins, voire même perçus comme une menace par l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (22). En effet les MG ignorent la formation des EAPA, leur champ de compétences et leur rapport au secret médical ; alors que pour travailler efficacement, la connaissance des partenaires et le climat de confiance sont de rigueur (17). De fait, l'hétérogénéité de la formation universitaire des EAPA et l'absence de déontologie au sein de cette profession dessert leur position, comme souligné par l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. C'est la peur d'adresser vers un professionnel non qualifié et celle d'outre-passier le secret médical.

3.5. Les MG ont besoin de formation initiale et continue

Les MG disent manquer de connaissances à la fois pour évaluer correctement l'AP déjà pratiquée par leurs patients lors d'un bilan initial ; pour évaluer le degré de limitation fonctionnelle que présente le patient vis à vis de certaines APA ; pour proposer au patient

une APA pertinente auprès d'un professionnel ciblé ; et pour suivre le patient dans cette démarche. De surcroît, le parallèle est souvent établi par les MG entre la prescription d'APA et les autres thérapeutiques non médicamenteuses, comme le sevrage tabagique ou le régime alimentaire, pour lesquelles interviennent surtout l'éducation thérapeutique et l'approche motivationnelle du patient, visant un changement comportemental bien plus qu'une simple observance. Cette notion d'entretien motivationnel, les différents modèles dont celui de Prochaska et Di Clemente souvent cité (2,14,23,24) sont peu étudiés lors de la formation initiale en médecine. Ce sont autant de notions dont les MG auraient besoin, et pas seulement pour prescrire l'APA. Sans parler de leur manque de connaissance décrit pour couper sur le papier la prescription adéquate, pour laquelle une formation pratique, simple, brève pallierait cette lacune.

Pour l'instant, les MG font ce qu'ils savent faire, ce pour quoi ils ont été formés : adresser majoritairement vers le kinésithérapeute, par ordonnance. Mais ces derniers ne peuvent pas et n'ont pas vocation à faire face à toutes les prescriptions d'APA.

3.6. Les MG manquent de temps

Les MG interrogés pour cette étude, comme dans plusieurs autres (2,14,17), rapportent comme frein important à leur prescription d'APA le manque de temps. En pratique, l'évaluation initiale du patient avec ses besoins, ses représentations, sa motivation, de ses limitations voire contre-indications, et son orientation, sans outil disponible pour l'instant, est effectivement chronophage. On peut penser qu'avec l'information et la formation nécessaires, les MG réaliseront l'évaluation, la prescription et l'entretien motivationnel de suivi de façon moins fastidieuse et plus rapide. Et au-delà de ce simple constat, les MG soulignent le fait que les patients ne viennent pas les consulter pour cet unique motif de prescription d'APA, mais plutôt pour leur consultation de suivi déjà bien remplie pour un patient chronique ; ou alors pour un motif aigu qui ne se prête guère à la

prescription d'APA. D'où l'émergence chez les MG de l'idée d'une consultation dédiée, mais loin d'être acquise chez les patients et toujours soumise à la pression de consultations des MG.

3.7. Les MG déplorent un manque de coordination hospitalo-ambulatoire et de ressources

Actuellement la prescription initiale d'APA se fait beaucoup en milieu hospitalier, avec notamment les programmes locaux Diabète 49, la rééducation cardiovasculaire ou Lombaction ; et elle ne s'articule pas souvent avec un relais ambulatoire, soit faute de structures ambulatoires capables de prendre le relais, soit faute de coordination entre « l'hôpital » (ou clinique) et la « ville ».

Les MG déplorent l'échappement du patient à l'APA à l'issue du programme suivi, quel qu'il soit. Cela pose la question de l'abandon de l'APA à long terme et il apparaît que le seul manque de coordination hospitalo-ambulatoire n'en est pas entièrement responsable : même lors un programme encadré, la majoration du degré d'APA pratiquée semble moins significative à 1 an qu'elle ne l'est à 6 mois (9).

Un gradient ville/campagne est largement dénoncé dans l'étude : autant les MG urbains ne se plaignent pas d'un manque de ressources à proximité, mais d'une méconnaissance de celles-ci ; autant les MG ruraux disent manquer tout simplement de structures. Ceci est discordant avec l'analyse de l'INSEE de 2014, qui place les Pays de la Loire et notamment la Mayenne en tête du tableau national en termes de pratique sportive, avec respectivement 4.2 équipements sportifs et 1.4 clubs pour 1000 habitants ; ainsi qu'un temps d'accès inférieur à 7 minutes sur l'ensemble du territoire, pour les sports de proximité et 10 minutes pour les activités intermédiaires et spécifiques (25). Cette étude pointe un volume d'équipements proportionnellement plus nombreux en milieu rural qu'en milieu urbain ; alors que sur le terrain les MG font face à un manque d'accessibilité rapporté par leur patient, une

difficulté à profiter de structures pérennes. Il existe probablement un hiatus entre les équipements de clubs sportifs, plus connus pour accueillir un public bien portant, et les structures offrant des APA aux patients atteint d'ALD : une piste serait de travailler à un accueil de publics plus diversifiés auprès des clubs sportifs implantés, et à une moindre appréhension à la fréquentation de ceux-ci chez les patients, à la condition d'être supervisés par un EAPA. Le tout étant du ressort d'actions conjointes des pouvoirs publics, des responsables sportifs, des EAPA et des médecins prescripteurs, pour « *mettre en partenariat le milieu sanitaire et le monde sportif* » (14) et faire tomber ce cloisonnement encore fort.

4. Le point de vue des médecins sur leurs patients concernés par l'APA

4.1. Les patients qu'ils ciblent

Globalement, les MG ciblent préférentiellement les mêmes patients que leurs confrères dans les autres études : la population à risque cardio-vasculaire, les diabétiques, les obèses et les sédentaires de façon générale (3,13,15).

Il ressort assez nettement de notre étude que la population de patients la plus visée est celle des diabétiques et qu'ils sont plus difficiles à accompagner vers l'APA que les autres patients. Peut-être le diabète est-il un facteur de confusion, puisque souvent secondaire à une trop grande sédentarité ? Mais cette tendance de difficulté accrue de prise en charge avec les diabétiques ne semble pas confortée (14).

4.2. Un étonnant parallèle de représentations entre les MG et leurs patients

La première idée de l'APA que renvoient les MG de leurs propres patients est une mauvaise évaluation de leur degré d'activité, peut-être due à une méconnaissance de leur part : les patients pensent être actifs alors qu'en réalité ce n'est pas le cas. Il en découle parfois des problèmes d'incompréhension, qu'une bonne communication contribuerait à

limiter. Ce phénomène expliquerait aussi en partie la difficulté des MG d'évaluer eux-mêmes l'AP initiale de leurs patients et de fixer ainsi avec eux des objectifs adaptés. Mais cela est vrai pour tout symptôme, à évaluer en tenant compte de la globalité du patient pour y répondre par une prise en charge adaptée. Et ce ressenti des MG peut s'apparenter à une forme de justification de leur propre difficulté à évaluer avec justesse l'AP pratiquée par leurs patients.

L'autre idée que les MG retransmettent est celle d'une APA qui fait peur aux patients, tout comme elle leur fait peur à eux aussi, dans une certaine mesure et pour des raisons parfois différentes : parce qu'ils perçoivent l'APA comme un sport, une activité pénible physiquement, potentiellement menaçante pour leur santé ou leur sécurité, les exposant aussi au regard des autres et à leur propre regard porté sur la pathologie et leur mode de vie, et parce que fréquemment ils ont de mauvais souvenirs de l'AP de leur jeunesse. Ainsi l'APA ferait peur aux patients qui la pratiqueraient, tout comme elle fait peur aux médecins qui la prescrivent. On peut y voir un certain transfert des inquiétudes du prescripteur, traduites chez le patient : après tout il n'a aucune raison de se lancer dans l'APA les yeux fermés si même son médecin prescripteur conçoit lui-même des doutes.

D'anciennes croyances semblent aussi persister dans l'esprit des patients comme le repos ou l'alitement en cas de lombalgie par exemple (26).

Le dernier rapprochement qui peut être vu, c'est le manque de temps que les patients semblent avancer en premier lieu pour expliquer leur difficulté à de mettre à l'APA. Ce même temps qui fait également cruellement défaut aux MG, pourtant désireux de favoriser cette APA (27).

Peut-être que ce parallélisme fort entre les représentations des MG et celles de leurs patients n'est lié qu'au fait que notre étude ne recensait que l'avis des praticiens ; mais peut-être qu'au contraire les représentations des patients découlent de celles de leur médecin : si

le MG « n'a pas le temps » de prescrire l'APA, le patient aura le message d'une importance tout relative de cette APA, tandis que si le MG s'arrête sur la question, le patient comprendra davantage que l'APA fait partie de son traitement.

4.3. Le double tranchant de l'effet de groupe

Les MG sont plusieurs à relever les atouts de la pratique d'APA en groupe : la fonction sociale, en luttant contre l'isolement ; la motivation à poursuivre avec assiduité les séances ; et la réassurance d'être « entre patients », entre personnes partageant les mêmes pathologies ou préoccupations, la peur du regard des autres est moindre.

Inversement, d'autres MG se font l'écho de leurs patients qui rencontrent des difficultés à une telle pratique d'APA en groupe : la peur d'aller vers les autres, ou la lassitude de se retrouver toujours « entre patients » (27), souffrant de la même pathologie et d'une certaine stigmatisation. Ce serait le revers de la médaille.

5. L'avis des MG sur le plan économique

5.1. Une sécurité sociale connue pour être en déficit budgétaire

Pour les MG qui pointaient du doigt le fameux « trou de la sécurité sociale », il leur semblait aberrant de réinvestir dans le remboursement de l'APA, alors même que l'on assiste à de plus en plus de déremboursements sur les médicaments.

Il est cependant intéressant de prendre en compte deux phénomènes récents :

- l'économie des coûts de santé réalisée grâce à la pratique d'APA était évaluée en 2014 à 500 000 000 €/an en France si seulement 5% de la population quittait la sédentarité pour pratiquer une AP (2). Ceci, parce que la sédentarité est grande pourvoyeuse de morbi-mortalité en termes cardiovasculaires, métaboliques et oncologiques, avec leurs prises en charges inhérentes.

- Le budget de la sécurité sociale est presque revenu à l'équilibre en 2017 (28,29)

5.2. Un remboursement de l'APA prescrite débattu

La plupart des MG voient dans le remboursement de l'APA une mesure qui serait incitative pour les patients. La formule de prise en charge reste discutée :

- totale ou partielle ?
- incitative, au début de la pratique d'APA (effet starter) ou au contraire progressive, au fur et à mesure de la durée de pratique d'APA (effet de récompense) ?
- Pour qui : les plus précaires ? Les seuls patients en ALD ? tout le monde au regard des bénéfices attendus ?
- Remboursement individualisé à chaque patient ou subvention en amont, directement aux structures proposant l'APA ?

A contrario beaucoup de médecins pondèrent cet enthousiasme en agitant le spectre de la déresponsabilisation voire de l'assistanat des patients, et donc de leur désinvestissement dans cette démarche. Il en ressort deux approches :

- Celle qui consiste à privilégier les patients en ALD, nécessitant bien souvent des traitements médicamenteux pour lesquels le remboursement de l'APA prescrite s'inscrirait dans une stratégie de prévention secondaire, voire tertiaire, et comme un surcoût aux autres dépenses de santé.
- Ou bien, celle qui consiste à prescrire de l'APA remboursée à tous les patients sans distinction, en tant que prévention primaire permettant de réduire la morbi-mortalité, les coûts de santé et la prescription médicamenteuse.

Il existe encore peu d'études sur les retombées économiques d'un tel remboursement, actuellement uniquement dispensé selon le bon vouloir des associations et collectivités locales ; mais il semblerait que le premier bilan soit positif à Strasbourg (9).

5.3. Est-ce vraiment l'argent la question de fond ?

Nombreux sont les MG à penser que le nœud n'est pas là : la question ne serait pas financière (30) mais essentiellement motivationnelle. Ainsi, pour les patients déjà motivés ou prêts à investir le champ de l'APA, son remboursement ne serait qu'une « aubaine », une forme d'opportunisme, là où il n'aurait pas d'impact majeur chez des patients de toute façon non motivés. C'est le même reproche qui était fait au gouvernement par exemple lors du lancement des Contrats d'Engagement de Service Public auprès des étudiants en médecine, qui leur allouaient une « bourse d'études » en échange d'années d'exercice en zone déficitaire en praticiens.

Des médecins soulignaient que les patients eux-mêmes n'étaient pas en demande d'une prise en charge financière, alors que d'autres mettaient en avant l'obstacle du coût d'une APA prescrite comme quelque chose de rédhibitoire.

Enfin certains MG établissent une analogie entre la dispense d'avance de frais pour les patients bénéficiaires de la CMU, qui surconsommeraient les soins selon eux ; et le remboursement de l'APA sur prescription pour les patients concernés, qui pourraient tout aussi bien abuser de ce système. Cependant ce présupposé de surconsommation de soins n'est pas fondé chez les bénéficiaires de la CMU (31,32).

En tout état de cause, cette prescription d'APA désormais encadrée par la loi n'est pour l'instant pas remboursée et il n'y a pas pour l'heure d'évolution dans ce sens, à l'échelle de la Sécurité Sociale. Ce sont surtout les associations et les collectivités locales qui s'investissent (33,34). Le fait que cette loi vise exclusivement les patients en ALD, remboursés à 100% par ailleurs de leurs divers soins, participe sans doute à la confusion. Curieusement, les MG interrogés ne soulèvent à aucun moment la question de leur rémunération sur ces consultations de prescriptions d'APA, pourtant unanimement chronophages, là où leurs confrères Grenoblois s'interrogeaient ouvertement (17).

CONCLUSION

Bien que le décret permettant la prescription d'APA soit globalement bien accueilli par les MG, suite logique des données scientifiques des dernières années, la plupart émettent une réserve sur la restriction aux seuls patients en ALD de cette prescription. Son application demeure floue et difficile pour une majorité d'entre eux, en raison d'un manque cruel de communication de la part des autorités de santé sur le sujet qui conduit à une mauvaise visibilité pour les médecins et les patients.

L'obstacle le plus important pour les MG est le manque de temps à consacrer au sujet. Les MG dénoncent également le manque de formation, et par conséquence une impression de moindre compétence à prescrire l'APA. En découle une peur de mal faire, qui se surajoute aux craintes des patients vis-à-vis de l'activité physique.

Du côté des patients, les MG se confrontent à un manque de motivation patent et à l'obstacle du temps. Ils sembleraient aussi ne pas avoir tous conscience des bienfaits de l'AP pour leur santé.

Pour pallier tout cela, il faudrait donc que les pouvoirs publics activent les choses en s'appuyant sur des dispositifs expérimentaux locaux comme le sport santé sur ordonnance strasbourgeois, que le corps médical puisse bénéficier d'une formation initiale pour les plus jeunes, continue pour les autres et que EAPA, associations et club sportifs soient en nombre suffisants et correctement référencés pour pouvoir orienter le patient.

Reste à statuer sur la question de la prise en charge financière de cette prescription qui fait débat.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/fr/>
2. PELLEGRIN N. Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin [Internet]. Lille 2; 2014 [cité 27 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.irbms.com/wp-content/uploads/2014/02/PELLEGRIN-Manuscrit-Th%C3%A8se-Complet.pdf>
3. Lubin R. Représentations de l'activité physique et de sa prescription chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire. Etude qualitative par entretiens individuels. [Angers]; 2015.
4. Ballay N. Etat des lieux de la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes dans le Maine-et-Loire. Angers; 2014.
5. Barbin J, Carry J, Communal D, Fodimbi M, Perrin C, Vergnault M. Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée, Paris; 2016.
6. Activité physique - Contexte et effets sur la santé. INSERM; 2008.
7. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. <Httpwwwem-Premiumcomdatarevues07651597v30i2S0765159715000052> [Internet]. 10 avr 2015 [cité 5 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/968697/resultatrecherche/1>
8. Kallings LV, Leijon M, Hellénius M-L, Ståhle A. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. Scand J Med Sci Sports. avr 2008;18(2):154-61.
9. WEBER A. Etude de 65 patients inclus dans l'expérimentation strasbourgeoise « Sport-Santé sur ordonnance ». Strasbourg;
10. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 déc 30, 2016.
11. Missud DC. Prescription d'exercice physique avec podomètre en médecine générale chez les patients avec facteurs de risque cardiovasculaire - Protocole de l'essai pragmatique randomisé PEPPER [Internet]. Angers; 2015 [cité 27 avr 2017]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20117156/2015MCEM3382/fichier/3382F.pdf>
12. Collectif d'auteurs. Sport sur ordonnance [Internet]. Etudes Dalloz. 2017 [cité 27 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.dalloz-avocats.fr/documentation/Document?id=X1072-843>

REF045&ctxt=0_YSR0MT1zcG9ydCBzdXIgb3Jkb25uYW5jZcKneCRzZj1wYWdILXJIY2hlcmNoZQ==&ctxtl=0_cyRwYWdITnVtPTHCp3MkdHJpZGF0ZT1GYWxzZcKncyRzb3J0PcKncyRzbE5iUGFnPTIwwqdzJGlzYWJvPVRydWXCp3MkcGFnaW5nPVRydWXCp3Mkb25nbGV0PURaL0RaRILCp3MkZnJlZXNjb3BIPUZhBHNl&nrf=0_TGlzdGU=

13. Blet Q. Les pratiques de médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé face à la sédentarité de leurs patients à risque cardiovasculaire. Etude qualitative. [Angers]; 2016.
14. Lesage C. Facteurs de résistance à la prescription d'activité physique sur ordonnance : enquête auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire [Internet]. Tours; [cité 23 juill 2018]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theeses/2016_Medecine_LesageCharles.pdf
15. Bossis R, Hubert F-X. Etude PEPPER-EXP : expérience des patients ayant participé à l'étude PEPPER. Angers; 2018.
16. Mouret D, Buyck J-F, Lelièvre F, Tallec A, Hérault T. Promotion et prescription de l'activité physique : attitudes et pratiques des médecins généralistes. mai 2016 [cité 23 juill 2018]; Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_13_activite_physique_panel3mgpdl.pdf
17. Chevallier E, Bultez J. Ressenti des médecins traitants de Rhône-Alpes concernant la prescription d'activité physique adaptée chez leurs patients. :187.
18. CNOSF. Médicosport-santé [Internet]. 2017 [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <http://franceolympique.com/files/File/actions/sante/outils/MEDICOSPORT-SANTE.pdf>
19. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE 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. [Internet]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf
20. sport sante pays de la loire [Internet]. [cité 23 août 2018]. Disponible sur: <http://www.sport-sante-paysdelaloire.fr/>
21. Ville de Strasbourg. Deuxièmes Assises nationales du Sport-Santé sur Ordonnance | Réseau français des Villes-Santé de l'OMS [Internet]. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.villes-sante.com/uncategorized/deuxiemes-assises-nationales-du-sport-sante-sur-ordonnance/>
22. PRESCRIPTION D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA) – UN RECOURS ESSENTIEL AUX MASSEURS-KINESITHERAPEUTES DANS LE DISPOSITIF [Internet]. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes; [cité 23 juill 2018]. Disponible sur: http://hautesavoie.ordremk.fr/files/2015/07/CNOMK_20160323_Dossier-APA.pdf

23. HAS. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. 2014 [cité 23 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
24. Tafticht N, Csillik AS. Nouvelles applications du modèle transthéorique: la pratique d'une activité physique régulière. <Httpwwwem-Premiumcomdatarevues00034487v171i10S0003448713000887> [Internet]. 2 déc 2013 [cité 23 août 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/855406/resultatrecherche/5>
25. Les Pays de la Loire : une région très sportive, malgré quelques disparités territoriales - Insee Analyses Pays de la Loire - 5 [Internet]. [cité 23 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285684#titre-bloc-5>
26. Évaluation individuelle face à la douleur: Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) [Internet]. [cité 23 août 2018]. Disponible sur: http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECHELLES%20ADULTES%20TOME%202_page108.pdf
27. LY L. Etude des motivations des patients à moyen et haut risque cardiovasculaire à pratiquer une activité physique dans le cadre d'un dispositif de sport sur ordonnance en médecine générale. Paris 6; 2017.
28. Après 17 ans de déficit, la Sécurité sociale en quasi équilibre [Internet]. [cité 23 août 2018]. Disponible sur: <https://www.latribune.fr/economie/france/apres-17-ans-de-deficit-la-securite-sociale-en-quasi-equilibre-780863.html>
29. La cour des comptes. LA SÉCURITÉ SOCIALE Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale [Internet]. 2017 sept [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/39686>
30. SCOATARIU - THIÉBAUT N. Activité Physique sur ordonnance : À propos d'une enquête auprès de patients, tout venant, consultant leur médecin généraliste en Lorraine. [Internet]. Nancy; 2016 [cité 23 juill 2018]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_SCOATARIU_THIEBAUT_NIKITA.pdf
31. DRESS. L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins. 2003;8.
32. Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. 2015;6.
33. Sport santé sur ordonnance à Strasbourg [Internet]. [cité 23 août 2018]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>
34. Sport sur ordonnance conférence de lancement du dispositif. 2017 nov; Saint Quentin en Yvelines.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon	6
---	---

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
MÉTHODES	5
RÉSULTATS	6
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	6
2. Etat des lieux des pratiques actuelles.....	7
2.1. La posture du MG vis-à-vis de l'APA	7
2.1.1. Une idée de l'AP(A) bénéfique sur la santé acquise	7
2.1.2. D'où l'importance d'investir ce champ de recommandations.....	7
2.2. Connaissances et accueil du décret par les MG	8
2.2.1. Peu d'influence concrète sur la pratique.....	8
2.2.2. Et pour cause : une information mal relayée	8
2.2.3. Encore de nombreuses interrogations à lever	9
2.3. Des avis partagés.....	10
2.3.1. Impressions générales	10
2.3.2. Des inconvénients assez consensuels	10
2.3.3. Des avantages indiscutables	11
2.4. Comment les MG prescrivent actuellement de l'APA à leurs patients	12
2.4.1. La prescription orale largement dominante	12
2.4.2. Le contenu de leur prescription d'AP.....	13
2.4.3. La place prégnante de la kinésithérapie	14
2.5. Les ressources qu'utilisent actuellement les MG pour leur prescription d'AP.....	14
2.5.1. Pour se former et s'informer eux-mêmes	14
2.5.2. Pour informer leurs patients	15
2.5.3. Pour adresser leurs patients vers les partenaires professionnels.....	15
2.6. Difficultés soulevées et/ou rencontrées par les MG prescripteurs d'AP/A	18
2.6.1. Difficultés liées au prescripteur	18
2.6.2. Difficultés liées au patient	20
2.6.3. Difficultés liées au système de soins.....	22
3. Le médecin généraliste face au patient	24
3.1. Les pathologies préférentiellement ciblées par les médecins généralistes	24
3.2. Les situations permettant aux MG d'aborder l'APA avec leurs patients	25
3.2.1. Les situations où le patient apporte une demande qui s'y prête.....	25
3.2.2. Les situations où le patient apporte sa prescription d'APA initiée par un spécialiste	25
3.3. Les freins à la pratique d'AP, identifiés par les MG chez leurs patients	26
3.4. Des éléments tout de même moteurs	27
4. Les perspectives d'avenir.....	28
4.1. Le remboursement de la prescription d'APA	28
4.1.1. Des arguments en faveur	28
4.1.2. ... et d'autres, à l'inverse, farouchement opposés.....	29
4.2. Les attentes des MG pour cette prescription à l'avenir	31
4.2.1. Une démarche clinique codifiée.....	31
4.2.2. Un désir de formation et d'information	32
4.2.3. Des structures qui doivent répondre à la demande	33
4.2.4. Créer un effet de groupe	33

DISCUSSION ET CONCLUSION	35
1. Limites de l'étude.....	35
2. Le point de vue des MG sur l'APA en elle-même	35
2.1. Des MG acquis à la cause.....	35
2.2. Des MG déplorant la surmédicalisation et la déresponsabilisation	36
3. Le point de vue des MG sur la prescription d'APA.....	36
3.1. Les MG ne savent pas quoi prescrire comme APA	36
3.2. Les MG ne savent pas comment prescrire l'APA	37
3.3. Les MG ne savent pas où adresser leurs patients	37
3.4. Les MG ont peur de leur prescription écrite et des EAPA	38
3.5. Les MG ont besoin de formation initiale et continue	38
3.6. Les MG manquent de temps	39
3.7. Les MG déplorent un manque de coordination hospitalo-ambulatoire et de ressources	40
4. Le point de vue des médecins sur leurs patients concernés par l'APA	41
4.1. Les patients qu'ils ciblent	41
4.2. Un étonnant parallèle de représentations entre les MG et leurs patients.....	41
4.3. Le double tranchant de l'effet de groupe.....	43
5. L'avis des MG sur le plan économique	43
5.1. Une sécurité sociale connue pour être en déficit budgétaire	43
5.2. Un remboursement de l'APA prescrite débattu.....	44
5.3. Est-ce vraiment l'argent la question de fond ?	45
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE.....	47
LISTE DES TABLEAUX.....	50
TABLE DES MATIERES	51
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien semi dirigé

1 / Pouvez-vous vous présenter ? et votre patientèle ?

2/ Pouvez-vous me raconter une consultation avec une prescription d'activité physique adaptée (= APA) ?

Sur **quel mode** prescrivez-vous l'APA ? (oral, flyer>fiche conseil, ordonnance écrite, autre)

A quelle **fréquence** prescrivez-vous l'APA ?

Rencontrez-vous des **facilités ou difficultés** à prescrire l'APA ? Pourquoi ?

3/ La prescription d'APA aux patients en ALD, qu'est-ce que ça évoque pour vous ?

Pour vous à quoi correspond « l'APA », quelle **définition** ?

Quelle différence faites-vous entre l'APA et l'activité physique (**AP**) ?

Comment êtes-vous **informé** ? (degré/niveau d'information, via quels moyens)

Qu'en dit la **loi**/le cadre réglementaire ?

4/ La prescription d'APA est désormais encadrée par la loi (Code de Santé Publique art L 1172-1). Qu'est-ce que ça change pour vous ?

Comment prescrivez-vous **avant** la nouvelle mesure ? et **maintenant** ?

5 / Comment voyez-vous le parcours du patient entre votre prescription d'APA et sa mise en pratique ?

Vers qui envoyez-vous le patient ?

Comment suivre l'évolution du patient qui s'engage dans l'APA ?

Quelle influence vous attendez-vous à constater sur la quantité et/ou la qualité d'AP de vos patients ?

Des impacts sur leur **santé** ?

6/ Que pensez-vous du remboursement de cette prescription d'APA ?

Quels **avantages et/ou inconvénients** y voyez-vous ?

Des impacts sur votre **prescription** ?

Des impacts sur vos **patients** ? (leurs attentes, leurs demandes, leur observance)

RÉSUMÉ

Antoine RYCKEMBUSCH et Ségolène TERLAIN (née SICOT)

La prescription d'activité physique adaptée pour les patients en Affection Longue

Durée : qu'en pensent les médecins généralistes ?

Introduction :

La loi dite de « modernisation de notre système de santé » du 26 janvier 2016, avec l'article L1172-1 du Code de Santé Publique prévoit la possibilité pour les médecins traitants de prescrire de l'Activité Physique Adaptée (APA) aux patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD). Dans ce contexte de nouveauté, nous avons voulu évaluer l'accueil que suscite cette possibilité et quelle utilisation en est faite par les médecins généralistes.

Matériaux et Méthodes :

Cette étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de 14 médecins généralistes du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne entre octobre 2017 et février 2018.

Résultats :

Cette nouvelle possibilité de prescription est globalement bien accueillie par les médecins généralistes interrogés, mais demeure très floue dans son application. Les médecins généralistes expliquent ne pas avoir de temps libre pour se renseigner sur la question ou pendant la consultation pour l'aborder avec les patients. De plus, ils ressentent d'importantes résistances à la pratique d'activité physique du côté des patients. S'y ajoute le caractère considéré comme restrictif à la prescription aux seuls patients en ALD. En résulte une quasi absence de prescription écrite de ce type.

Conclusion :

De nombreux efforts doivent être fait pour promouvoir la prescription d'APA pour les patients en ALD tant du côté des médecins, des éducateurs en activité physique adaptée, des pouvoirs publics, que des patients, dans l'objectif d'augmenter la pratique d'activité physique chez les patients en ALD, afin de pouvoir observer tous les bénéfices attendus sur leur santé malgré leurs pathologies parfois graves.

Mots-clés : Activité Physique Adaptée, médecins généralistes, prescription écrite, Affection Longue Durée, loi de modernisation de la santé.

ABSTRACT

Introduction :

The so-called modernization law of our health system of January 26, 2016, with the creation of article L1172-1 of the Public Health Code, provides the possibility for general practitioners to prescribe some Adapted Physical Activity (APA) to patients with a Long Duration Disease (LDD). In this new context, we wanted to evaluate how general practitioners welcome this opportunity and how they intend to use it.

Materials and Methods :

This qualitative study based on semi-directed individual interviews was conducted with 14 general practitioners from Maine-et-Loire, Sarthe and Mayenne from October 2017 to February 2018.

Results :

This new opportunity of prescription is globally well received by the interviewed general practitioners, but remains very vague in its application. The general practitioners explain not having enough time to learn about the issue or to approach it with patients during the consultation. Furthermore, they feel significant resistance to the practice of physical activity on the patients' side. In addition, such a prescription may be considered as restrictive since it is only prescribed only to LDD patients. As a result, there is almost no written prescription of this type.

Conclusion :

Many efforts are necessary to promote the APA prescription for LDD patients by both doctors, adapted physical activity educators, public authorities and patients, with the goal of increasing physical activity for LDD patients, in order to be able to observe all the expected benefits on their health despite they sometimes suffer from serious diseases.

Keywords : Adapted Physical Activity, general practitioners, written prescription, Long Duration Diseases, health modernization law