



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNEE 2018

N° 8

**PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE À
VILLEURBANNE : PROPOSITION D'UN
DISPOSITIF PAR LA VILLE APRÈS RECUEIL
DES BESOINS DES MÉDECINS LIBÉRAUX
VILLEURBANAIS**

THESE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 16 janvier 2018
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

TISSOT Florian

Né le 02 novembre 1990 à Chalon sur Saône

Sous la direction du Docteur PERDRIX Corinne

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine <u>Secteur Sciences et Technologie</u>	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie

Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale

Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde Classe

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levrero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire

Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

**Maîtres de Conférence – Praticiens
Hospitaliers Première classe**

Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

**Maîtres de Conférences – Praticiens
Hospitaliers Seconde classe**

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du jury

Au Professeur Sylvie Erpeldinger,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous en remercie. Vous avez pris le temps de me conseiller pour cette dernière ligne droite. Votre expérience en la matière m'aura permis d'achever ce travail sereinement. Soyez assurée de ma respectueuse considération.

Au Professeur Cyrille Colin,

Vos remarques pertinentes m'auront permis d'approfondir ce travail et d'explorer des pistes que je n'avais pas envisagé. En tant que spécialiste de santé publique, votre place dans ce jury est toute naturelle. Soyez assuré de mon très profond respect.

Au Professeur Sophie Jacquin-Courtois,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury de soutenance de thèse en prenant le relais du Professeur Rode. Votre regard de médecin rééducateur est un vrai plus. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

Au Docteur Corinne Perdrix,

Vous avez toujours été présente pour répondre à mes questions et me soutenir au cours de ce travail de thèse. Votre calme et votre sérénité m'auront permis d'être rassuré même lorsque je doutais. Un grand merci à vous pour votre aide considérable sans laquelle je n'aurais pu faire ce travail. Recevez ma sincère gratitude.

Au Docteur Pascale Colom,

Votre présence dans ce jury m'apparaissait importante, vous qui avez été ma première interlocutrice. Merci à vous et à Mme Bernard pour votre disponibilité et votre aide qui m'auront été très précieuses. Sans vous, ce projet n'aurait pas vu le jour.

Aux professionnels rencontrés pendant mon parcours

A tous les services dijonnais où je suis passé et surtout aux repas de stage qui me font toujours rire en y repensant. Cuisson à point !

Au service du 5B à Bourg en Bresse, au Dr Meurisse, au Dr Bernabeu et au Dr Hebert-Poncet :

Votre accueil et l'ambiance du service m'auront permis de débiter sur les chapeaux de roue mon internat même si certains vendredis matins recouverts de peinture fluo étaient plus durs que les autres jours. « Oh bah ça alors ! »

Au service des urgences de Vienne, au Dr Ligout :

J'aurais beaucoup appris auprès de vous et je vous en remercie, même si le thon sauce banane à 4h du matin en garde reste l'un de mes pires souvenirs.

Aux services de gériatrie de Pierre Garraud et d'Antoine Charial, au Dr Dayot et au Dr Achahboune :

J'aurais appris à me repérer entre les bus et les métros grâce à vous et développé ma passion pour la course en rattrapant les fugeurs. La pression de la foule et Lamy Beyoncé auront animé ce stage ! « Il parle pas ! »

Au service des urgences de l'HFME, alias l'airbus des enfants :

Merci de m'avoir appris à appréhender les enfants et surtout leurs parents, à ne pas avoir peur de se coucher sur eux pour les examiner et m'avoir permis de découvrir le chemin des corbeaux.

A Pauline, Bernard et Arnaud, mes maîtres de stage ardéchois :

Vous m'aurez fait découvrir cette belle région, augmenter ma consommation de café, découvrir la caillette et surtout conforté dans mon choix de généraliste. Merci pour tout et surtout de m'avoir fait découvrir le méridien et les séniories.

Aux services de médecine polyvalente de Belley, au Dr Chirol, au Dr Ferataj, au Dr Dopsoumna et au Dr Boucher :

Vous m'aurez permis de compléter ma formation et me faire sentir d'égal à égal avec vous tout en gambadant dans les montagnes.

À ma famille et mes amis

A mes parents, sans qui je ne serais jamais arrivé ici. Vous m'avez toujours soutenu pendant mon parcours et permis de réaliser mes études sans que j'ai besoin de travailler à côté. C'est grâce à vous que ceci a été possible et je ne vous en serais jamais assez reconnaissant.

A mon frère, qui m'aura bien embêté petit à base de paupiettes hawaïennes, mais qui aujourd'hui s'est rattrapé. Merci pour ton soutien et bientôt on fêtera ça avec (enfin) un voyage à Dublin.

A mes grands parents, oncles, tantes et cousins, vous qui m'appellez docteur depuis un moment, ce travail vous donne enfin raison. Mention spéciale à Jean Luc, le stéthoscope et tensiomètre que tu m'as offert en 1^{ère} année me servent toujours ! J'espère que tu ne m'en veux pas de t'avoir battu au marathon !

A Claire, le petit personnage. Merci d'avoir pris le temps de relire ce travail. Mais surtout, merci pour ta présence au quotidien et tout ce que tu m'apportes bien que les retours en uber soient mouvementés. Tic tic tic

A mes colocs, PUD et Guillot. Merci d'avoir fait le ménage et la vaisselle pendant ces deux ans et demi passés ensemble. La traversée du désert et vos talents d'acteurs auront été particulièrement hilarants. On se retrouve bientôt autour du composte.

A Szad le petit coureur (bientôt coéquipier !) et petit skieur (bientôt prof !). Toujours partant pour des expéditions nocturnes au mcdo de Nancy où dans ta voiture à Bourg.

A tous les dijonnais (nazguls) : Greg le tourbillon au caban, Benj thom le vieux, Kiki le cousin taiii, Roumanidos le siffleur, Dim le balayeur, Rémi la brindille, Minard le moustachu et Gutierrez le dribbleur fou. On se retrouve bientôt autour d'une chouffe et d'une pizza !

A Reno, Cuss, et Tuph, critos de la première heure. Vous revoir est toujours un plaisir. Vous battre à FIFA l'est encore plus.

Aux burgiens : Bret, Couenne, Méar, Duriez, Loulou boutin, Cosset, Axelle, Elise, Tessa, Marie, Brice, Morin, Antoine, Maxime, Camille, Justin, Sophie, Maud, Béné.
Les raclettes du mercredi, les soirées du jeudi, la mousse, l'appareil à fumée, les tacles du Duc, Black M, Kendji ou encore Maitre Gims nous auront bien occupé au milieu du brouillard. Et c'est un plaisir de poursuivre ça à Lyon surtout du côté de la passagère.

A Elsa, première co-interne de choc et bonbonne vivante. On aura bien rigolé ensemble même si je n'aurais pas cédé pour tes lacets. J'espère que tu me feras une bonne rétrocession quand je te remplacerai.

A Thierry, 3 semestres ensemble, et tu ne sortais toujours pas plus tôt. Tu m'auras bien fait rire avec tes déboires.

Enfin, à Paulette, qui aurait été très fière de ce moment.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	14
INTRODUCTION	15
I. Évolution de la société	15
II. Intérêt de l'activité physique	17
III. Quelques réserves.....	19
IV. Expérience de promotion et de prescription de l'activité physique.....	21
V. Freins au développement de la prescription d'activité physique	22
VI. Loi santé	23
VII. Contexte local.....	24
VIII. Question de recherche	25
MATÉRIEL ET MÉTHODES	26
I. Type d'étude	26
II. Population	26
III. Recherche documentaire.....	26
IV. Déroulement de l'étude	27
V. Aspect éthique et réglementaire.....	29
VI. Schéma résumant le déroulement de l'étude	30
RÉSULTATS.....	31
I. Données sociodémographiques des médecins	31
II. Analyse des entretiens	31
1. Activité physique et sport.....	32
2. Population cible	33
3. Repérage de l'activité physique, utilisation d'outils	34
4. Outils de motivation	36
5. Outils de prescription.....	40
6. Facilité de prescription.....	41
7. Limites liées au médecin	43
8. Limites liées au patient	44
9. Attentes des médecins	49
10. Attentes supposées des patients.....	53
11. Connaissance des possibilités à Villeurbanne	54
12. Questionnement des médecins	56
DISCUSSION	60
I. Résultat principal	60
II. Forces et faiblesses.....	62
III. Résultats de l'analyse des données	64
1. Différence entre activité physique et sport	64
2. La population cible.....	65
3. L'évaluation de l'activité physique des patients.....	65

4.	La motivation du patient	66
5.	Les freins liés aux médecins	66
6.	Les freins liés aux patients	67
7.	Connaissance de l'offre à Villeurbanne	68
8.	La place de la formation	69
9.	La nécessité de référentiels de prescription	70
10.	L'offre pour les patients, l'annuaire pour les médecins	71
11.	Données nouvelles	71
IV.	Les pistes à développer / Des initiatives à prendre	72
1.	Mouvance Paris 2024	72
2.	Étude sur l'efficacité clinique des dispositifs	73
3.	Aspect économique des dispositifs	73
4.	Implication des patients	74
5.	Mesures parallèles au dispositif	75
a.	Les écrans et les applications	75
b.	Les déplacements actifs	75
c.	Promouvoir l'alimentation	76
d.	Quelques freins facilement levés	76
V.	Perspectives nationales	77
VI.	Projet villeurbannais	78
1.	Présentation du projet	78
2.	Réflexion sur le projet	80
	CONCLUSION	82
	BIBLIOGRAPHIE	84
	ANNEXES	92
I.	Définitions retenues par l'ONAPS	92
II.	Exemples d'activité physique en fonction de l'intensité d'après la HAS ..	92
III.	Les 10 règles d'or du club des cardiologues du sport	93
IV.	Quel professionnel en fonction des limitations du patient	94
V.	Guide d'entretien	95
VI.	Fiche d'aide à la prescription d'activité physique pour le patient atteint d'un diabète de type 2	96
VII.	Fiche d'aide à la prescription d'activité physique pour le patient atteint d'un cancer du sein ou d'un cancer colorectal	100
VIII.	Exemple de brochure à remettre au patient	104
IX.	Dispositif d'activité physique sur prescription à Villeurbanne	106
X.	Certificat de prescription d'activité physique	108

ABRÉVIATIONS

ALD : Affection longue durée

AP : Activité physique

APA : Activité physique adaptée

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMUc : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAM TS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOSF : Comité national olympique et sportif français

DR-D-JSCS : Directions régionales et départementales jeunesse sports et cohésion sociale

DU : Diplôme universitaire

ECG : Electrocardiogramme

GoPA : Global observatory for Physical Activity

HAS : Haute autorité de la santé

IMC : Indice de masse corporelle

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation mondiale pour la santé

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

PIB : Produit intérieur brut

PNNS : Plan national nutrition santé

RSA : Revenu de solidarité active

SFMES : Société française de médecine de l'exercice et du sport

SSR : Soins de suite et de réadaptation

UE : Union Européenne

INTRODUCTION

I. Évolution de la société

Près d'un adulte sur deux (52% des hommes, 40% des femmes) est en surpoids ou obèse en France ⁽¹⁾ (surpoids = indice de masse corporel (IMC) entre 25 et 30, obésité = IMC > 30). Ces derniers ont vu leur nombre doubler depuis 1997 (8,7% à l'époque, 15% actuellement) ⁽²⁾, et la tendance n'est pas à l'amélioration ⁽³⁾. D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), une « épidémie » d'obésité est attendue d'ici 2030. Elle devrait toucher 25% des hommes et 29% des femmes en France. Les autres pays européens ne sont pas en reste. Par exemple, l'Irlande devrait voir son taux de surpoids atteindre 91% ⁽⁴⁾.

L'inactivité physique est dorénavant considérée comme la première cause de mortalité évitable dans le monde, devant le tabagisme actif ⁽⁵⁾⁽⁶⁾. Elle est responsable de 5,3 millions de décès par an dans le monde. Cela est dû à une modification du mode de vie de l'Homme. 42% des européens déclarent ne jamais pratiquer d'activité physique ⁽⁷⁾. Un tiers des adultes et quatre adolescents sur cinq ne respectent pas les recommandations de pratique d'une activité physique régulière ⁽⁸⁾. Les annexes N°I et N°II rappellent les définitions des principaux termes relatifs à l'activité physique et donnent des exemples de pratique.

Le milieu professionnel était autrefois dominé par les secteurs agricoles et industriels plutôt physiques. Le secteur tertiaire, plutôt sédentaire, est aujourd'hui majoritaire avec 75,7% des emplois ⁽⁹⁾. Quant aux activités industrielles, beaucoup se sont robotisées, diminuant la part physique du travail. En 1910, 90% du produit intérieur brut (PIB) était produit par la force humaine alors qu'en 2010 c'est désormais moins d'1%.

Les enfants jouent aux jeux vidéo, naviguent sur internet ou utilisent des téléphones intelligents (smartphones). Ils passent environ 3 heures par jour devant des écrans ⁽²⁾. Cela a pour effet de favoriser la sédentarité et de diminuer le fonctionnement cardio-respiratoire ⁽¹⁰⁾. Une étude australienne de 2013 analysait 50 publications menées depuis 1964, dans 28 pays, auprès de 26 millions d'enfants. Celle-ci concluait que les capacités cardio-vasculaires des enfants sont désormais inférieures de 15 % à celles de leurs parents au même âge ⁽¹¹⁾. Si la courbe ne se modifie pas, la génération prochaine pourrait être la première à vivre moins longtemps que ses aînés.

Les adultes ne sont pas en reste, leur moyenne devant les écrans est de 3 heures 30 minutes par jour (hors temps de travail) ⁽²⁾.

L'Homme parcourait une dizaine de kilomètres par jour en 1960 alors qu'il n'en parcourt plus que 0,4 en 2010. Trois quarts des français ne suivent pas les recommandations OMS des 10 000 pas par jour⁽¹²⁾ même si cet objectif est à adapter à chaque patient⁽¹³⁾.

Le mode de transport le plus utilisé par les français, que ce soit pour le travail ou les loisirs, est la voiture lors de 65% des trajets⁽²⁾. Cela inclut les courtes distances avec 58 % des trajets inférieurs à 1 kilomètre et 62% de ceux compris entre 3 et 4 kilomètres. Une étude britannique de 1995 montrait d'ailleurs que l'obésité augmentait de manière concomitante au nombre de voiture par foyer et au temps passé devant la télévision⁽¹⁴⁾.

L'alimentation a également changé. Depuis le début du XXe siècle, la part de céréales et de féculents consommés baisse alors que la part de sucres, de produits transformés et de lipides augmente⁽¹⁵⁾.

Le taux de maladie chronique s'accroît. En 2015, 10,1 millions de personnes affiliées au régime général de la sécurité sociale, soit 16,6% des assurés⁽¹⁶⁾, sont atteintes d'une affection longue durée (ALD). Par comparaison, en 2008, 8,3 millions de personnes étaient concernées soit 14,6% des assurés⁽¹⁷⁾. La prévalence de ces maladies augmente du fait de la progression de l'espérance de vie, du vieillissement de la population ou encore de meilleurs diagnostics. Ces éléments n'expliquent pas tout. Certains facteurs de risque tels que l'inactivité physique, la sédentarité, l'obésité et le surpoids sont clairement incriminés⁽¹⁾.

Les inégalités de santé s'accroissent. La durée passée devant un écran augmente lorsque le niveau d'éducation du représentant diminue. Quand les revenus d'un foyer augmentent, la pratique sportive des enfants augmente. Quant à l'obésité, celle-ci s'accroît plus rapidement chez les personnes à faibles revenus. Ces inégalités sont plus marquées chez les femmes que chez les hommes⁽²⁾.

La lutte contre la sédentarité débuta dès 1967 en Norvège avec le programme Trim. Celui-ci visait à encourager la population à participer à des activités physiques pour maintenir leur état de santé⁽¹⁸⁾.

Afin de lutter contre l'augmentation de l'inactivité, le Global observatory for Physical Activity (GoPA) a été fondé en 2012⁽¹⁹⁾ avant que l'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) ne soit créé en France en 2015⁽²⁰⁾. Quant à l'OMS, elle a inscrit dans sa stratégie sur l'activité physique pour la région européenne de 2016 à 2025 la nécessité de lutter contre la sédentarité⁽²¹⁾.

II. Intérêt de l'activité physique

L'Homme a toujours été actif dans l'Histoire. Nomade et chasseur, il a ensuite pratiqué l'élevage et la culture pour assurer sa survie.

Le bénéfice de l'activité physique est connu depuis l'antiquité. Au IV^e siècle avant notre ère, Platon disait que « *chez l'homme, le manque d'activité physique détruit la bonne condition, alors que le mouvement et l'exercice physique méthodique la préservent* ». Hippocrate expliquait à la même époque « *Toutes les parties du corps qui remplissent une fonction sont saines, bien développées et vieillissent plus lentement si elles sont sollicitées avec mesure et exercées à des travaux dont on a l'habitude. Mais si elles ne sont pas utilisées et sont indolentes, elles tendent à devenir malades, se développent mal et vieillissent prématurément* ».

Juvénal, dans ses Satires au 1^{er} siècle, écrivait le fameux dicton « *Mens sana in corpore sano* » que l'on peut traduire par « Un esprit sain dans un corps sain »⁽¹⁸⁾. Cette citation est toujours d'actualité et a depuis été reprise par un grand équipementier sportif, ASICS (Anima Sana In Corpore Sano).

Au début du XIX^e siècle, les universités américaines produisent les premiers travaux cherchant à montrer les effets favorables de l'activité physique⁽¹⁸⁾. En 1843 à Londres, des travaux montrent que le taux de mortalité de personnes sédentaires est plus élevé que celui de travailleurs physiquement actifs. C'est en 1958 qu'une grande étude britannique montre un bénéfice de l'activité physique sur les pathologies coronaires. Elle comparait 30 000 chauffeurs de bus à étages (considérés inactifs) avec 20 000 contrôleurs (considérés actifs). Les résultats montraient que les personnes actives présentaient moins de pathologies coronaires, que celles-ci étaient moins sévères, et qu'ils les développaient à un âge plus avancé que les personnes inactives⁽²²⁾.

Les grandes instances ont émis des recommandations de pratique. C'est le cas de l'OMS à l'échelle mondiale⁽²³⁾ ou du plan national nutrition santé (PNNS) à l'échelle nationale⁽²⁴⁾. Ces recommandations ont été établies en fonction de l'âge. Elles préconisent un minimum de 150 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée par semaine ou 75 minutes d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente des deux activités, par périodes d'au moins 10 minutes.

Les recommandations incitent également à lutter au maximum contre la sédentarité pour en diminuer son impact.

Le bénéfice de l'activité physique sur la santé est désormais admis. De multiples études sont parues depuis 1980 pour prouver son efficacité thérapeutique. L'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) publiait en 2008 une expertise collective revenant sur les pathologies dans lesquelles l'activité physique avait un effet bénéfique : maintien du muscle, du capital osseux, protection des vaisseaux, bénéfice dans l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, les coronaropathies, l'insuffisance cardiaque chronique, le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, les cancers du côlon et du sein, la dépression, le stress, l'ostéoporose, les maladies inflammatoires chroniques...⁽²⁵⁾ Un champ d'action plus étendu que n'importe quel médicament actuellement en vente. Une étude danoise de 2015 mettait à jour les connaissances et faisait le point sur 26 pathologies chroniques dans lesquelles le sport a son intérêt revenant sur les différentes pathologies citées par l'INSERM et d'autres telle que la fibromyalgie⁽²⁶⁾. L'étude concluait que le sport était aussi, voire plus efficace dans certains cas, que les médicaments. La médecine consistant à prescrire le traitement le plus efficace possible avec le moins d'effets secondaires, la « pilule miracle » tant recherchée est donc peut être l'activité physique.

Transformations physiologiques - Avantages cliniques	
<ul style="list-style-type: none"> • ↑ Equilibre • ↑ Densité osseuse • ↑ Densité des capillaires • ↑ Diamètre des artères coronaires • ↑ Fonction endothéliale <ul style="list-style-type: none"> • ↑ HDL • ↑ Fonction immunitaire • ↑ Sensibilité à l'insuline • ↑ Masse corporelle maigre • ↑ Volume mitochondrial • ↑ Recrutement unité motrice • ↑ Taille des fibres musculaires • ↑ Coordination neuromusculaire • ↑ Volume d'éjection systolique <ul style="list-style-type: none"> • ↓ Coagulation sanguine • ↓ Inflammation 	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ Cancer du sein • ↓ Cancer du colon • ↓ Pathologie coronaire <ul style="list-style-type: none"> • ↓ Dépression • ↓ Gain de poids excessif <ul style="list-style-type: none"> • ↓ Fractures • ↓ Blessures après chute <ul style="list-style-type: none"> • ↓ Ostéoporose • ↓ Risque de mort <ul style="list-style-type: none"> • ↓ AVC • ↓ Diabète type 2 • ↑ Fonctions cognitives • ↑ Facultés physiques • ↑ Maintien du poids

Tableau 1 : Transformations physiologique – Avantages cliniques liés à l'activité physique⁽²⁷⁾

Le tableau ci dessus reprend succinctement les principaux effets bénéfiques de l'activité physique.

Au niveau financier, l'inactivité physique aurait un coût de 150 à 300 euros par personne et par an en Europe⁽²⁷⁾. En 2015, pour les 28 pays de l'union européenne (UE), ce coût est de 80,4 milliards d'euros⁽²⁸⁾.

Avec 37 millions d' « inactifs » en France, l'économie potentielle est de 10 milliards d'euros dans le cas utopique où tout le monde se mettrait à pratiquer une activité physique et de 500 millions d'euros dans le cas où seulement 5% des personnes sédentaires deviendraient actives⁽²⁹⁾.

Au niveau professionnel, une personne sédentaire pratiquant l'activité physique en entreprise améliore sa productivité de 6 à 9%. Cela permet aux entreprises d'augmenter leur rentabilité nette de 1 à 14%. Quant au salarié, il réalise entre 5 et 7% d'économie sur son budget santé ⁽³⁰⁾.

L'activité physique peut contrebalancer les effets négatifs de l'inactivité et des longues périodes assises de plus de 8 heures ⁽³¹⁾. Une revue de littérature en 2016 démontrait que, pratiquée de manière modérée et selon les recommandations de 30 minutes par jour, le risque de mortalité lié à l'inactivité diminuait. Il disparaissait même pour des périodes d'activités de 60 minutes.

III. Quelques réserves

La pratique d'activité physique n'est pas recommandée sans limitation pour toute la population. La législation française exige, pour l'acquisition d'une licence ou la pratique de compétition, l'obtention d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'activité ⁽³²⁾. Les modalités de renouvellement ont changé récemment ⁽³³⁾. La société française de médecine de l'exercice et du sport (SFMES) a rédigé un modèle de certificat associé à un questionnaire afin de faciliter cette consultation ⁽³⁴⁾.

Il n'a pas été précisé dans la loi santé de 2016 ⁽³⁵⁾ que la rédaction d'une ordonnance d'activité physique par les médecins, désormais réalisable pour les patients atteints d'une ALD, se substituerait au certificat de non contre-indication. Il faudra donc probablement rédiger le certificat en plus de l'ordonnance.

Avant de pratiquer une activité physique, des examens complémentaires sont recommandés en fonction de l'âge, du sexe et des antécédents des patients ⁽³⁶⁾. Par exemple, la réalisation d'un électrocardiogramme de repos (ECG), entre 12 et 35 ans, est sujette à polémique mais est indiquée après cet âge. Une épreuve d'effort est recommandée après 40 ans chez l'homme et 50 ans chez la femme asymptomatique avec des facteurs d'insuffisance coronaire souhaitant poursuivre ou reprendre une activité physique.

Un examen clinique adapté ainsi que des examens complémentaires orientés en fonction de la pathologie du patient doivent être réalisés au cas par cas.

Le club des cardiologues du sport a émis 10 règles essentielles à respecter par les pratiquants afin d'éviter les complications cardiovasculaire (Annexe N°III). Elles permettent de pratiquer en toute sécurité.

La pratique d'activité physique doit toujours être adaptée à la pathologie du patient afin d'éviter des effets secondaires. C'est le cas du diabète pour éviter les hypoglycémies ou encore de l'asthme avec les crises d'effort.

La pratique d'activité physique à haute intensité peut avoir des effets délétères. Une étude de 2015 concluait que des efforts d'intensité soutenue au long cours pouvaient endommager le cœur⁽³⁷⁾. Une fibrose myocardique, des troubles du rythme et de la conduction peuvent apparaître.

La pratique régulière d'activité physique peut aboutir à la bigorexie⁽³⁸⁾. Ce terme définit l'addiction au sport qui présente les mêmes critères que les autres conduites addictives. Elle peut aboutir à des conséquences néfastes : burn-out, dopage ou encore symptômes de sevrage.

La pratique d'activité physique expose à un risque traumatologique⁽³⁹⁾. En France, on estime à 900 000 le nombre de consultations aux urgences chaque année suite à un accident de sport. Cela concerne essentiellement les sports d'équipe, l'équitation ou les sports d'hiver qui ne devraient à priori pas être les plus pratiqués dans l'activité physique sur prescription.

Chez la femme, un risque spécifique existe pour une pratique intensive : la triade de la sportive qui associe une anorexie, une aménorrhée et une ostéoporose⁽⁴⁰⁾.

On recense 1000 à 1500 morts subites en France par an au cours d'une activité physique⁽⁴¹⁾. Cela correspond à environ 3% des 40 000 morts subites survenant chaque année.

On ne connaît pas encore très bien toutes les conséquences positives ou non de l'activité physique. Jusqu'à maintenant, il était par exemple admis que celle-ci était protectrice vis à vis de la démence. Ce dogme vient de tomber avec une étude britannique qui a effectué un suivi de plus de 10 000 patients pendant 27 ans⁽⁴²⁾. Aucune association n'a été retrouvée entre le risque de démence et l'activité physique ce qui tend à infirmer le rôle neuro-protecteur de l'activité physique.

Malgré toutes ces réserves, les bienfaits de l'exercice sont supérieurs aux risques potentiels et ce à tout âge comme le rappelle l'OMS⁽²³⁾. Les effets délétères sont plutôt dus à une pratique intense. Une activité physique adaptée à chacun, d'intensité modérée en respectant les consignes élémentaires permet de prévenir ces risques.

IV. Expérience de promotion et de prescription de l'activité physique

Les médecins sont plutôt en faveur de ce genre de dispositif. Une enquête IFOP-Swiss Life de 2015 auprès de 603 médecins généralistes montrait que 83% des médecins interrogés trouvaient la prescription d'activité physique comme étant une bonne idée ⁽⁴³⁾.

Dans une étude suédoise de 2010, il ressortait que les patients se sentaient responsables de leur niveau d'activité physique mais attendaient également des professionnels de santé qu'ils les incitent à l'augmenter ⁽⁴⁴⁾.

Des expériences ont eu lieu dans divers pays à l'étranger. L'une des plus célèbres est la « Green Prescription » en Nouvelle Zélande ⁽⁴⁵⁾. Ce programme a mis en évidence que la prescription d'activité physique par ordonnance était plus efficace pour augmenter le niveau d'activité des patients que de simples conseils oraux.

Un autre exemple est le programme « PAPRICA » (Physical Activity Promotion In Primary Care) en Suisse ⁽⁴⁶⁾. Celui-ci propose des formations aux professionnels de santé afin d'améliorer leurs conseils et prescriptions d'activité physique. Une partie est également dédiée aux patients afin de leur prodiguer des conseils et les encourager dans leur pratique. De nombreux autres programmes existent : le programme « FaR » de prescription d'activité physique en Suède ⁽⁴⁷⁾, les « Green Prescription » en Norvège ⁽⁴⁸⁾ ou le récent et médiatique « Let's Move » aux Etats-Unis, soutenu par Michelle Obama, alors première dame, où les médecins pouvaient inciter les parents à augmenter l'activité de leurs enfants par une prescription de jeux actifs.

La France n'est pas en reste. Le programme le plus célèbre est celui de Sport santé sur ordonnance mis en place par la municipalité de Strasbourg ⁽⁴⁹⁾. Depuis 2012, les médecins généralistes engagés dans le dispositif peuvent prescrire de l'activité physique à leurs patients. Ceux-ci sont adressés à un éducateur qui réalise un bilan et oriente les patients vers une activité adaptée. Ce dispositif est valable 3 ans : une année sans participation financière puis une participation adaptée aux revenus est demandée pour les 2 années suivantes.

De nombreuses villes ont lancé leur programme : Boulogne sur Mer où l'on peut participer à du long-côte ⁽⁵⁰⁾, Chambéry où l'on peut pratiquer la randonnée ⁽⁵¹⁾ mais également Biarritz qui propose du surf en guise de « sport santé » ⁽⁵²⁾.

Le comité national olympique et sportif français (CNOSF) a créé un référentiel, le Médicosport-santé, pour faciliter la prescription d'activité physique. La deuxième édition est

parue en avril 2017 et se veut le guide de référence ⁽⁵³⁾. Parallèlement à ce guide, il organise tous les ans une semaine « Sentez-vous sport » pour sensibiliser la population aux bienfaits de l'activité physique ⁽⁵⁴⁾.

Un ouvrage d'aide à la prescription physique destiné aux professionnels de santé a également été publié dans le commerce ⁽⁵⁵⁾. Il s'agit actuellement de la 2^e édition.

V. Freins au développement de la prescription d'activité physique

Pour l'Académie de médecine, il existe une désaffection pour les activités physiques en France. Les mesures ponctuelles qui sont prises ne favorisent pas le sport pour tous. Des difficultés financières ou encore d'infrastructures sont mises en avant ⁽⁵⁶⁾.

Une étude réalisée en 2010 par l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Rhône Alpes mettait en évidence les freins des patients à la pratique d'activité physique ⁽⁵⁷⁾. Les 18-25 ans citaient principalement le manque de temps, d'argent, de volonté ou encore le délai trop important avant d'être en forme. Pour les 26-49 ans, on retrouvait également le manque de temps et d'argent ainsi que le manque d'infrastructure ou un état de santé ne permettant pas la pratique. Chez les plus de 50 ans, l'argent était également cité avec le manque de motivation, la fatigue et le manque d'habileté à la pratique.

Dans son document de 2011, la haute autorité de la santé (HAS) retenait plusieurs freins au développement de la prescription médicamenteuse ⁽⁵⁸⁾. La symbolique portée par la prescription médicamenteuse diminue la réalisation de prescription non médicamenteuse qui ne bénéficie pas du même statut. Le paiement à l'acte et la pression du temps associé sont également des freins. Le manque d'information, le manque d'évidence du bénéfice des prescriptions non médicamenteuses, l'inégalité d'accès aux structures et le coût engendré sont également cités.

Dans le cadre de l'enquête IFOP-Swiss Life de 2015, les médecins avouaient ne pas savoir quelle activité prescrire et ne pensaient pas que ce soit leur rôle de prescrire l'activité ⁽⁴³⁾.

Les thèses de Julien Anis, en 2015, et de Charles Lesage en 2016 retrouvaient d'autres éléments ⁽⁵⁹⁾⁽⁶⁰⁾. La réticence au changement, la catégorie socioprofessionnelle du patient, un échec antérieur, un handicap, un épuisement dans les tâches quotidiennes ou encore une inobservance prévisionnelle ressortaient de ces travaux.

La pratique d'activité physique par le praticien influence sa prise en charge. Un médecin actif aura tendance à plus encourager ses patients à pratiquer qu'un médecin inactif ^{(61) (62)}.

L'environnement du patient est à prendre en compte. Une zone non sécurisée, une distance importante du lieu de pratique ou encore une absence d'aménagements urbains (bancs publics à intervalles réguliers) diminuent la pratique d'activité physique ⁽⁶³⁾.

VI. Loi santé

Des politiques de santé publique concernant l'activité physique et la sédentarité existent depuis de nombreuses années. Dans les années 1980, 3 campagnes ont été lancées pour inciter les gens à la pratique d'activité physique : « Votre santé dépend aussi de vous » (1980), « Bougez-vous la Santé » (1984), « Bouge ton cœur » (1985-86). En 2001, le PNNS est lancé avec le slogan connu de tous « Mangez Bougez » qui met l'accent sur la nécessité d'avoir une activité physique ⁽⁶⁴⁾.

En 2008, l'INSERM considérait déjà l'activité physique comme une thérapeutique à part entière ⁽²⁵⁾. L'Académie de médecine en 2009 puis en 2012 était en faveur du développement de l'activité physique sur ordonnance qui ne devait pas être une prescription d'exception ⁽⁵⁶⁾⁽⁶⁵⁾. La HAS, dans un rapport de 2011, recommandait le développement de la prescription non médicamenteuse et notamment d'activité physique ⁽⁵⁸⁾. Ce rapport indique que pour développer cette prescription, les médecins doivent pouvoir orienter leurs patients vers des professionnels spécialisés dans la thérapeutique non médicamenteuse. La mise en place d'une politique nationale afin de promouvoir cette prescription était alors incitée et des expériences, comme vu précédemment, se sont alors développées.

Les personnalités politiques se sont aussi emparées du sujet. De multiples plans gouvernementaux ont repris cette notion de sport santé comme le plan national de prévention par l'activité physique ou sportive en 2008 (PNAPS), le plan national sport santé bien être (PNSSBE) en 2012 ou encore le plan d'action mobilité active (PAMA) en 2014.

A l'occasion de la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé ⁽³⁵⁾, un article a été introduit dans ce but. Porté par Mme Valérie Fourneyron, députée de Seine Maritime et ancienne ministre des Sports, celui-ci permet aux personnes en ALD ⁽⁶⁶⁾ de bénéficier d'une activité physique adaptée par prescription médicale. Cette activité est prescrite par le médecin traitant déclaré à la sécurité sociale.

Un décret, publié le 30 décembre 2016 ⁽⁶⁷⁾, est venu compléter cet article. Le médecin prescripteur peut orienter ses patients, selon leurs limitations, vers des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens mais également des enseignants en activité physique adaptée, des éducateurs sportifs, des titulaires d'un diplôme fédéral ou d'une certification selon les modalités décrites. La prise en charge est adaptée à chaque patient et un compte rendu de l'évolution du patient est adressé au médecin prescripteur. L'activité physique adaptée peut officiellement être prescrite sur ordonnance depuis le 1^{er} mars 2017.

Une circulaire pour préciser les modalités d'application est parue le 3 mars 2017 ⁽⁶⁸⁾. Il est recommandé aux agences régionales de santé (ARS) et aux directions régionales et départementales jeunesse sport et cohésion sociale (DR-D-JSCS) de répertorier les différentes offres existantes en fonction des limitations des patients afin de réaliser un catalogue de celles-ci. Un formulaire de prescription a été joint à cette circulaire. L'orientation des patients en fonction de leurs limitations a également été précisée (Annexe N°IV). Il est décrit que le mode de financement est un frein au développement des réseaux sport santé. Paradoxalement, il est précisé que ni la prescription, ni la dispensation ne seront prises en charge par l'assurance maladie.

C'est donc aux différentes collectivités de s'organiser et de trouver des solutions pour la mise en œuvre des dispositifs.

VII. Contexte local

Villeurbanne, limitrophe de la ville de Lyon et membre de la métropole lyonnaise, compte 148 543 habitants. Elle occupe la place de 20^e plus grande ville de France ⁽⁶⁹⁾.

A Villeurbanne, d'après le réseau balises santé Rhône Alpes, 18 242 personnes étaient en ALD en 2016, ce qui représentait 15,5% de la population ⁽⁷⁰⁾.

La part de la population avec des ressources limitées est plus importante que la moyenne régionale : 13,6% bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) contre 7,4% en région Rhône Alpes, 10,6% bénéficient du revenu de solidarité active (RSA) contre 5,3% dans la région, quant au taux de chômage il est de 15% contre 11,2% au niveau régional.

La métropole du Grand Lyon, incite la population à pratiquer de l'activité physique dans son quotidien. Un plan d'actions pour les mobilités actives ⁽⁷¹⁾ existe depuis 1997. Il incite la population à utiliser le vélo ou la marche pour se déplacer en développant les infrastructures adéquates (voies piétonnes, voies cyclables, vélos en location...).

La direction de la santé publique de Villeurbanne est impliquée dans plusieurs projets comme le Pass'Sport Santé. Il vise à proposer de l'activité physique pour les jeunes de 8 à 12 ans en surpoids.

Des actions à visée sociale existent également : des tarifs sociaux sont appliqués pour les personnes défavorisées afin d'accéder aux piscines de la ville.

Villeurbanne est adhérente au réseau français des villes santé de l'OMS depuis 1990 ⁽⁷²⁾, ainsi qu'au groupe de travail national des villes sport santé sur ordonnance. Ce groupe a été créé le 15 octobre 2015 à l'issue des premières assises du sport santé sur ordonnance à Strasbourg et regroupait initialement 29 collectivités ⁽⁷³⁾. 60 municipalités ou groupement de municipalités sont aujourd'hui impliquées dans ce réseau. Le but est d'encourager le développement de l'activité physique adaptée sur prescription et d'explorer les pistes d'avenir de ce dispositif suite à son inscription dans la loi. Les 2^e assises, qui ont eu lieu les 12 et 13 octobre 2017, étaient l'occasion de réaffirmer cet engagement.

Impliquée dans le développement de l'activité physique sur ordonnance, la municipalité de Villeurbanne a donc souhaité courant 2016 développer un dispositif d'activité physique sur prescription.

VIII. Question de recherche

La municipalité de Villeurbanne a décidé de mettre en place un dispositif d'activité physique sur prescription. Pour être le plus efficace possible, ce dispositif de prescription d'activité physique sur ordonnance doit impliquer les médecins libéraux.

L'hypothèse de travail est que la mise en place d'un projet de santé publique nécessite une collaboration des médecins avec les pouvoirs publics mais également les associations de patients et les professionnels en activité physique.

L'objectif de notre travail était de contribuer à l'élaboration d'un dispositif de prescription d'activité physique pour les médecins libéraux à Villeurbanne, en étudiant les attentes de ces médecins.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par focus groupe et entretiens individuels dans le cadre d'une recherche exploratoire : « *Approche ne reposant pas exclusivement sur des hypothèses ou des idées préconçues, utilisée lorsque le terrain est peu connu ou, au contraire, déjà tellement étudié que des vues pratiquement stéréotypées se sont imposées. La recherche exploratoire peut être utilisée pour mieux définir un problème, suggérer des hypothèses à vérifier ultérieurement, générer des idées de nouveaux services, recueillir des réactions sur un concept émergent, ou pré tester un questionnaire. Cette approche est généralement flexible et non rigide ment structurée* »⁽⁷⁴⁾.

II. Population

Les critères d'inclusions étaient les médecins exerçants sur la municipalité de Villeurbanne, intéressés pour participer aux focus groupes ou entretiens individuels. Cela concernait les médecins généralistes ainsi que les médecins du sport, rééducateurs, gynécologues, diabétologues, rhumatologues, neurologues, cardiologues et oncologues.

III. Recherche documentaire

Nous avons effectué des recherches documentaires sur la période d'août 2016 à décembre 2017. Aucune veille documentaire n'a été réalisée.

Les mots clés utilisés étaient :

- en français : prescription, activité physique, sport, ordonnance, sédentarité
- en anglais : physical activity, prescription, sport

Les bases de données consultées étaient :

- Pub Med <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Sportdiscus <https://www.ebsco.com/products/research-databases/sportdiscus-with-full-text>
- Catalogue et index des sites médicaux de langue française (CISMEF) <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>
- Google <https://www.google.fr>
- Google scholar <https://scholar.google.fr>

Une recherche de thèse sur notre thématique avec les mêmes mots clés a été faite via :

- Système universitaire de documentation (SUDOC) <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/>
- BIU santé <http://www.biusante.parisdescartes.fr>

Des sites Internet en rapport avec notre thématique étaient régulièrement consultés :

- OMS <http://www.who.int/fr/>
- HAS <https://www.has-sante.fr>
- ONAPS <http://www.onaps.fr/l-onaps/>
- PNNS <http://www.mangerbouger.fr/PNNS>
- INSERM <https://www.inserm.fr>
- SantéPubliqueFrance <http://www.santepubliquefrance.fr>
- Legifrance <https://www.legifrance.gouv.fr>
- Balises http://www.balises-rhone-alpes.org/pages/les_bases.php

Nous avons participé au massive open online course (MOOC) « Prescrire le sport santé sur ordonnance » de l'institut de recherche du bien-être de la médecine et du sport santé (IRBMS) <http://www.mooc-sportsante.com>

Nous nous sommes procuré les ouvrages :

- « Danger Sédentarité » paru en 2013 du Professeur François Carré
- « Prescription des activités physiques en prévention et en thérapeutique », 2^e édition parue en 2016 de Frédéric Dépiesse et Olivier Coste
- « Guidelines for Exercise Testing and Prescription », 10^e édition parue en 2017 de l'American College of Sports Medicine

Enfin, nous avons utilisé des documents remis par la municipalité de Villeurbanne dans le cadre du projet.

La bibliographie a été traitée avec le logiciel Zotero[®].

IV. Déroulement de l'étude

Nous avons rencontré la direction de la santé publique de la municipalité de Villeurbanne le 19 décembre 2016 (Dr Pascale Colom, directrice et Corinne Bernard infirmière de santé publique) et discuté du projet d'activité physique sur prescription. Nous avons fixé une date de réunion pour le 7 mars 2017 en invitant les médecins exerçants sur la ville.

En janvier 2017, une invitation rédigée par les deux chercheurs, Corinne Perdrix, directrice de cette thèse et médecin généraliste à Villeurbanne et Florian Tissot, rédacteur de cette thèse, a été envoyée aux médecins généralistes par e-mail via la mailing liste des médecins de garde. Cette liste comprenait 82 noms de médecins généralistes. L'invitation a également été envoyée par la municipalité sous format papier à 180 médecins exerçants sur Villeurbanne (médecins généralistes, médecins du sport, rééducateurs, gynécologues, diabétologues, rhumatologues, neurologues, cardiologues et oncologues) après recensement via le site internet <https://www.ameli.fr/>

Une réunion de préparation a eu lieu le 20 février 2017 avec Mme Bernard, le Dr Colom et les deux chercheurs afin de fixer le déroulement du focus groupe.

A l'aide de la recherche documentaire, un guide d'entretien (Annexe N°V) a été établi par les deux chercheurs. Les questions étaient ouvertes et non suggestives, visant uniquement à lancer le débat.

Un focus groupe d'1 heure 29 minutes a eu lieu le 7 mars 2017 à la mairie de Villeurbanne en présence de Mme Bernard et du Dr Colom, ainsi que les 2 chercheurs. Madame Perdrix était l'animatrice du groupe, Florian Tissot était observateur.

Deux entretiens individuels avec deux autres médecins ont eu lieu par la suite le 21 mars 2017 par téléphone d'une durée de 26 minutes et le 28 mars 2017 au cabinet du praticien d'une durée de 22 minutes. L'animation était faite par Florian Tissot avec le même guide d'entretien que celui du focus groupe.

L'enregistrement audio était réalisé via un iPhone[®] et l'application Dictaphone[®]. Les entretiens étaient ralentis au niveau audio grâce à l'application Anytune[®] et retranscrits mot à mot au niveau informatique via le logiciel Word[®] du pack Office[®] 2011. Chaque médecin ayant participé était identifié par un numéro afin de préserver son anonymat. L'entretien retranscrit était envoyé par e-mail à tous les participants pour valider le travail.

Après plusieurs lectures du verbatim des entretiens retranscrits afin de s'imprégner de leur teneur générale, une grille d'analyse a été réalisée via le même logiciel. Chaque élément signifiant du discours était associé à une définition et à un code. Ces codes ont été ensuite rassemblés et catégorisés. Une lecture croisée et une validation de ces éléments a été réalisée par la directrice de thèse. Une synthèse de cette grille a été réalisée avant d'être transmise à la directrice de thèse et à la municipalité de Villeurbanne.

Le 16 mai 2017, une réunion d'1 heure 53 minutes a été organisée à la mairie de Villeurbanne. Elle a réuni 3 des 6 médecins interrogés, 1 médecin supplémentaire n'ayant pas participé aux entretiens, les 2 chercheurs, les membres du service des sports villeurbannais ainsi que le Dr Colom et Mme Bernard de la direction de la santé. La synthèse du travail des 2 chercheurs leur a été présentée ainsi que les propositions de projet établies par la Ville.

Le 7 novembre 2017, une réunion de présentation du dispositif a été réalisée par la municipalité avec les médecins ayant participé à l'élaboration du projet. Leurs remarques ont été prises en compte. Une phase test débutera en janvier 2018.

Les enregistrements des entretiens réalisés ont été détruits à la fin de notre travail.

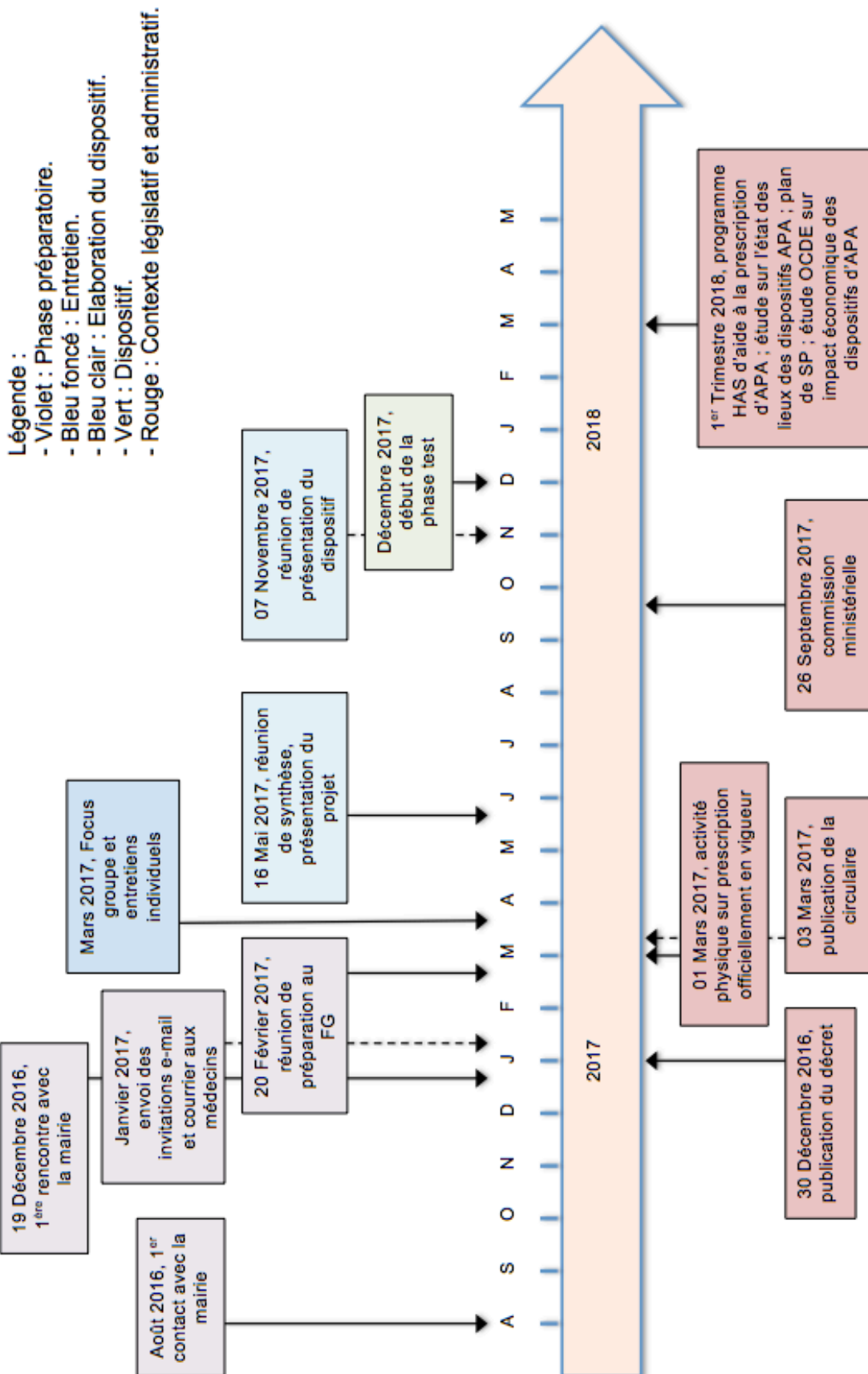
V. Aspect éthique et réglementaire

Selon l'article 2 du décret 2017-884 du 9 mai 2017, cette étude, qui vise à évaluer les modalités d'exercice des professionnels de santé, n'est pas une recherche sur la personne humaine et l'accord d'un Comité de protection des personnes n'a pas été nécessaire.

La déclaration du projet a été faite auprès de la CNIL le 21 février 2017 sous le numéro : 2037715 v 0

VI. Schéma résumant le déroulement de l'étude

Schéma 1 : Chronologie de l'étude



RÉSULTATS

I. Données sociodémographiques des médecins

Six médecins ont participé à notre étude. Quatre au focus groupe, deux aux entretiens individuels. Un septième médecin a participé à la réunion du 16 mai 2017 mais n'avait pas pu participer aux rencontres préalables. Il n'a donc pas été inclus dans l'analyse.

Le résumé des caractéristiques des médecins, recueilli par questionnaire lors des entretiens, se trouve dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population

Sexe	Homme	5
	Femme	1
Nombre d'années d'exercice	0-10 ans	3
	20-30 ans	1
	30-40 ans	1
	> 40 ans	1
Spécialité	Généraliste	5
	Rééducateur	1
Activité/Formation Spécifique	Non	1
	Médecine du sport	2
	Psychologie médicale	1
	Ingénieur	1
	Acupuncture	1
	Homéopathie	1
	Addictologie	1
	IVG médicamenteuse	1
	Centre de dépistage des IST	1
Réseau REPOPOP	1	
Pratique d'activité physique	Déplacement actif (vélo)	3
	Golf	1
	Natation	2
	Plongée	1
	Ski	1
	Tennis	1
	Course à pied	1
	Voile	1
	Salle de sport	1

II. Analyse des entretiens

Quatre médecins ont participé au focus groupe (M1 à M4), un médecin par entretien individuel téléphonique (M5), un médecin par entretien individuel à son cabinet (M6).

La retranscription intégrale se trouve dans le CD-ROM joint au document.

Aucune information sur le projet ou sur la loi n'était donnée aux médecins avant les entretiens.

1. Activité physique et sport

Les médecins faisaient une vraie distinction :

M1 : « *C'est même pas une question de sport, c'est d'avoir une pratique adaptée dans un sport quelconque en fait* »

M2 : « *Je fais bien la différence entre le sport et l'activité physique* »

M3 : « *Disons que j'ai l'occasion de participer aux réunions de l'office des sports de Villeurbanne, et je crois que on distingue le sport de compétition et le sport activité physique* »

M4 : « *Je crois effectivement, c'est important de faire le distinguo entre l'activité physique et le sport* »

M6 : « *Parce que moi je leur conseille pas forcément de faire du sport mais peut-être que de l'activité physique* »

Ils écartaient la notion de sport du projet :

M2 : « *Je pense, bon l'aspect sportif, doit être à mon avis écarté du débat de ce soir* »

Leur but était la santé du patient :

M4 : « *Donc je pense que, nous, à notre échelle, on cherche pas à transformer nos patients, à préparer nos patients aux prochains jeux olympiques, en général on cherche surtout à les maintenir en, en bon état de validité, puis euh, je dirais de maintien dans la durée sur une bonne santé* »

Le sport intensif avait au contraire des effets négatifs :

M4 : « *Je pense qu'effectivement le grand sportif ne reste pas longtemps en bonne santé* »

Les médecins réalisaient une vraie distinction entre l'activité physique et le sport.

La notion de sport était pour eux à écarter du dispositif.

Leur but était la santé du patient.

2. Population cible

La population concernée par la prescription d'activité physique sur ordonnance correspondait à plusieurs types de patients pour les médecins :

- les personnes âgées :

M1 : « *C'est des patients qui, beaucoup sont âgés, donc effectivement ont aussi des douleurs etc. »*

M5 : « *Chez les patients âgés »*

- les patients arthrosiques :

M2 : « *L'autre problème, c'est par exemple, euh, la dame tout à fait sympathique de 60 ans, obèse avec une arthrose des genoux »*

- les personnes obèses ou en surpoids :

M5 : « *Notamment euh, chez les patients en surpoids »*

M6 : « *Non. Parce que je pense que quoiqu'il arrive, même les patients qui sont très obèses, faut qui marchent »*

- les personnes sédentaires :

M4 : « *Donc je crois que des gens qui n'ont aucune activité physique, il faut leur proposer, moi j'aime bien proposer à des gens qui sont sédentaires »*

- les personnes admises en ALD :

M4 : « *Mais bon en ALD, ça peut être intéressant »*

- les patients hypertendus :

M5 : « *Euh, chez des patients hypertendus »*

M6 : « *Avec une population qui a pas mal de problèmes de tension »*

- les patients atteints d'hypercholestérolémie :

M6 : « *De cholestérol* »

- les patients diabétiques :

M1 : « *Alors, euh, quand, quand effectivement, pour en revenir au patient diabétique ou autre* »

M3 : « *Le poids est quand même un grand facteur de diabète* »

M4 : « *Alors après, moi je vois, pour moi l'activité physique c'est surtout intéressant par exemple pour des, enfin je mets surtout l'accent là dessus pour des patients diabétiques, parce que je crois que c'est très très important* »

M5 : « *Chez les patients diabétiques* »

M6 : « *De diabète* »

La population cible qui était envisagée par les médecins correspondait aux patients :

- diabétiques ;
- âgés ;
- arthrosiques ;
- en surpoids ou obèses ;
- sédentaires ;
- hypertendus ;
- dyslipidémiques ;
- admis en ALD.

3. Repérage de l'activité physique, utilisation d'outils

Les médecins pouvaient avoir une bonne connaissance de l'activité de certains patients :

M1 : « *On a une assez bonne idée de leur activité sportive physique* »

M4 : « *Je pense que pour un certain nombre de patients on a quand même une idée assez précise de leur activité physique* »

Mais elle pouvait être mauvaise pour d'autres :

M1 : « *Ceux qu'on voit ponctuellement, euh, quand ils sont malades, peut-être moins* »

M4 : « *Pour certains patients c'est très difficile de se faire une idée* »

M6 : « *Alors, globalement elle est insuffisante* »

Il n'y avait pas de demande de la part de certains patients concernant l'activité physique :

M4 : « *Donc en fait le but du patient, c'est de guérir, et... c'est pas de discuter à côté* »

Certains patients étaient demandeurs :

M2 : « *Alors là c'est du gâteau, parce que ils sont demandeurs* »

Mais il fallait parfois les freiner :

M2 : « *Souvent il faut plutôt même les freiner, ce que tu disais tout à l'heure (rire). Parce que le néophyte est parfois trop enthousiaste* »

Les médecins n'utilisaient pas d'outils particuliers pour l'entretien avec leurs patients :

M1 : « *Non j'ai pas d'outil, j'ai pas de question type* »

M6 : « *J'ai pas de... pas de critère euh... pas de critère particulier.* »

Ils pratiquaient des interrogatoires simples :

M1 : « *Effectivement j'ai l'impression qu'on peut se faire une idée assez rapidement à l'interrogatoire de, voilà, du niveau d'activité physique de la personne qu'on voit.* »

M4 : « *Je pense que l'interrogatoire, malgré tout, permet de cibler un peu l'activité physique.* »

M5 : « *Alors c'est toujours très ouvert hein. C'est est-ce que vous avez une activité physique, qu'est-ce que vous faites* »

Ils donnaient des explications aux patients :

M2 : « *J'appellerais pas ça forcément un entretien motivationnel, mais d'expliquer aux gens quel est l'intérêt de faire ceci ou de ne pas faire cela* »

Cela se faisait plutôt au « feeling » :

M3 : « *Je crois que c'est plus un problème de communication avec la personne, comme on dit vulgairement le feeling* »

M6 : « *Au feeling ouais.* »

Les médecins n'utilisaient pas d'échelles ; pour certains, elles étaient décrites comme longues à réaliser :

M1 : « *L'échelle j'en vois pas trop l'intérêt* »

M3 : « *Mais c'est vrai que effectivement, mettre des barres absolues avec des échelles X ou Y, ça..., ça m'apparaît pas très fondé* »

M4 : « *Donc je crois, je crois que les échelles, c'est toujours bien en théorie, mais des fois ça dure que 5 minutes, et en fait 5 minutes sur une consultation c'est déjà énorme* »

M5 : « *Pas du tout* »

Certains posaient la question de l'activité physique de manière systématique :

M5 : « *Je pose toujours la question de l'activité physique* »

M6 : « *Donc j'essaie d'en parler et après on en parle systématiquement aux personnes qui ont des problèmes de..., de cholestérol, de diabète, de surpoids. Et puis au moins les gens qui ont une attitude un peu sédentaire* »

Pour autant, ils ne quantifiaient pas l'activité du patient :

M5 : « *Après c'est difficile de tout le temps tout quantifier.* »

Les praticiens avaient une bonne connaissance de l'activité physique de certains de leurs patients et mauvaise pour d'autres.

Certains patients allaient être demandeurs contrairement à d'autres. Il fallait parfois les freiner dans leurs demandes.

Les médecins n'utilisaient pas d'outils particuliers, notamment pas d'échelles, parfois décrites comme longues à réaliser.

Ils réalisaient des entretiens avec des interrogatoires simples, au « feeling », en donnant des explications à leurs patients.

Certains posaient la question de l'activité physique de manière systématique.

La quantification de l'activité n'était pas nécessairement réalisée.

4. Outils de motivation

Un médecin considérait que la culture de l'activité physique devrait être inculquée très jeune :

M3 : « *Moi je pense aussi que, il faut que cette culture de l'exercice parte très vite dans la vie* »

Les médecins ne pouvaient pas imposer leur vision aux patients ou être trop directif :

M3 : « *On ne peut pas les imposer, parce que vouloir les imposer ou alors vouloir être trop directif, c'est sûrement s'attirer un rejet de la part des patients* »

M4 : « *Et c'est vrai qu'on peut pas imposer à quelqu'un notre vision des choses* »

Cependant il fallait savoir convaincre :

M2 : « *Donc il faut avoir un pouvoir de conviction assez important* »

Il fallait montrer au patient quel bénéfice il pouvait tirer de l'activité physique :

M4 : « *Donc je pense que quand on a la chance qu'un patient qui a peu d'activité physique, ait une activité physique, il faut lui montrer, essayer de trouver quel bénéfice il y a eu* »

Le médecin pouvait exposer ses certitudes :

M3 : « *J'essaie surtout de leur faire comprendre que le sport est une nécessité* »

Il ne fallait pas décourager les patients ni les culpabiliser :

M3 : « *Faut pas les décourager* »

M4 : « *Je pense qu'on est pas forcément obligé d'en mettre une couche pendant 30 minutes à un patient qui veut pas faire de sport, de lui dire vraiment c'est indispensable qu'il fasse du sport sinon il va avoir du diabète, un infarctus, des AVC, ou je sais pas quoi* »

La répétition au fil des consultations pouvait être un moyen :

M3 : « *Par contre il faut effectivement, comme ça a été dit, rabâcher, euh... Si ça rentre pas de gré faut que ça rentre de force (rire général) A l'usure, à l'usure* »

Intégrer l'activité physique au quotidien des patients était un moyen de les motiver :

M6 : « *Alors, j'essaie de l'intégrer dans le quotidien.* »

Cela pouvait se faire en utilisant des podomètres qui vont donner une motivation à la marche :

M6 : « *Après j'essaie d'utiliser tout ce qui est petit comme les podomètres sur les portables, les bracelets podomètres etc. »*

Une intervention brève pouvait être utilisée, de manière similaire à ce qui se fait pour le tabagisme :

M4 : « *Il y a, en tout cas pour l'arrêt du tabac, il y a quand même des choses qui ont montré que la théorie des interventions brèves est quelque chose qui fonctionne, et pourquoi pas l'appliquer à d'autres, euh, à d'autres domaines de notre pratique »*

M5 : « *Mais, euh, je pense que un peu comme le tabac, la question minimale c'est déjà, c'est déjà important »*

La citation de recommandations était utilisée par plusieurs médecins :

M1 : « *Euh, je leur dis, non 30 minutes d'activité physique »*

M3 : « *L'activité physique ça peut être de la marche sur, euh, les fameuses 40 minutes qu'on demande chaque jour, euh... »*

M4 : « *On peut très bien dire au patient, oui vous devriez faire du sport, ça serait bien que vous fassiez 1 heure de marche par jour, etc. »*

M5 : « *Euh le sport, c'est facile de dire va faire une demi-heure de sport »*

M6 : « *Parler des 10 000 pas, voire 15 000 pas etc. »*

Le médecin pouvait se prendre en exemple pour motiver les patients :

M3 : « *Je crois qu'il y a aussi de notre part, médecins, certaines volontés de montrer l'exemple et le médecin qui fume et qui explique à son patient qu'il faut pas fumer ça paraît pas très crédible, et le médecin rondouillard qui saute de l'ascenseur dans sa voiture, qui fait absolument aucun exercice, c'est pas un très bon exemple pour le reste »*

M6 : « *En disant que moi je le fais, et que ça c'est bien c'est plus rapide. »*

Il fallait avant tout s'adapter au patient :

M3 : « *Je crois qu'on peut pas donner des conseils à... Ce qu'on peut leur dire c'est, enfin à un certain med..., au médecin pour faire, c'est eux même qu'ils le sentent vis à vis de la personne qu'ils ont en face d'eux, euh... »*

M4 : « *Donc je crois qu'il faut vraiment s'adapter à chaque patient.* »

M5 : « *Et du coup il faut déjà demander quelle est la toute petite chose qui est possible de modifier* »

C'était le cas notamment pour les handisports :

M2 : « *Il y a aussi une fédération qui s'appelle handisport et certains patients peuvent relever de la fédération handisport selon...* »

M3 : « *Et il y a des choses qui sont faites régulièrement. Je vois par exemple dans le foot...* »

L'activité de groupe pouvait motiver les patients :

M3 : « *Un aspect de vivre avec les autres, si possible dans un club, parce qu'à ce moment-là on bénéficie de la dynamique de groupe* »

La mise en place progressive pouvait favoriser l'adhérence :

M4 : « *Mais bon voilà, je pense qu'il faut y aller doucement, et puis euh, à la fois pour le patient et puis pour nous aussi je pense.* »

La promesse d'un bénéfice assez rapide motiverait le patient :

M4 : « *Il faut pas lui promettre un bénéfice dans 15 ans, mais que progressivement il voit un bénéfice sur le plan physique ou moral.* »

Les outils de motivation à la pratique d'activité physique cités par les médecins étaient :

- ne pas être trop directif ou imposer sa vision ;
- ancrer la culture de l'activité physique dès l'enfance ;
- savoir être convaincant, montrer aux patients les bénéfices qu'ils peuvent en tirer ;
- ne pas décourager les patients, ni les culpabiliser ;
- répéter les choses au fil des consultations ;
- intégrer l'activité physique dans le quotidien de la personne, par exemple en utilisant des podomètres ;
- utiliser l'intervention brève, à l'image du tabagisme ;
- se prendre en exemple pour motiver son patient ;
- citer des recommandations ;
- s'adapter aux patients, comme pour les handisports ;
- pratiquer l'activité de groupe ;
- mise en place progressive avec la promesse d'effets rapidement bénéfiques.

5. Outils de prescription

Les médecins n'utilisaient pas de fiches pré-établies et n'écrivaient pas sur leur ordonnance :

M5 : « *Alors j'ai pas forcément de fiches toutes faites* »

M6 : « *Alors non, j'écris pas sur l'ordonnance* »

Il existait un cas particulier, celui du diabète, où un des médecins utilisait des fiches :

M1 : « *Alors non, parce que justement, il y a que, enfin, comme j'ai des petites fiches régime, principe du régime diabétique, cholestérol, etc., etc. Donc effectivement sur ces petites fiches c'est noté faire 30 minutes d'activité physique par jour* »

Un des médecins avait déjà prescrit de l'activité physique sur ordonnance :

M5 : « *Euh, j'avoue que je prescris facilement, euh, une demi-heure d'activités physiques ou 45...* »

Les médecins n'utilisaient pas de fiche pré-faites en dehors d'une participante dans le cadre du diabète.

Un des médecins avait déjà prescrit de l'activité physique sur ordonnance, mais les autres ne l'avait jamais fait.

6. Facilité de prescription

Pour les médecins, le sport était bien vu dans la population :

M3 : « *Je pense que maintenant, par rapport à ce que j'ai vu il y a quelques années, voire quelques décennies, la nécessité de faire du sport est quelque chose qui commence à être bien passé dans les mœurs* »

Certains médecins étaient optimistes :

M2 : « *Oui, oui quand même, tout n'est pas noir dans ce bas monde.* »

M3 : « *Je suis plutôt optimiste* »

Pour eux, la population était responsable :

M6 : « *Euh, je pense que les patients sont responsables, sont éduqués* »

La prescription serait facilitée s'il y avait un sentiment d'obligation de participation du fait de la régularité :

M4 : « *Bon bah des choses qu'ils peuvent s'organiser, il faut qu'ils s'inscrivent dans un genre de cours ou d'activité avec une régularité où ils se sentent un peu obligés d'y aller* »

Selon les médecins, certains patients avaient le goût de l'activité physique :

M4 : « *Je crois que c'est très très important, il y a des patients de tout âge qui aiment avoir une activité physique* »

Ils allaient être prêts à faire ce que dit leur médecin :

M1 : « *Alors on voit bien ceux qui sont concernés par leur santé et qui sont prêt à écouter les conseils, à faire attention à leur alimentation, à perdre un petit peu de poids, à ... Oui enfin, à faire un peu de sport si on leur dit qu'il faut faire du sport, à suivre leur traitement* »

Certains étaient même demandeurs :

M2 : « *Donc là on a des gens qui sont quand même demandeurs, on est pas obligé de tous les pousser au derrière pour qu'ils avancent* »

Les médecins pensaient que les patients ont confiance en eux :

M3 : « *Et bien celui qui est le plus à même de l'avoir c'est le médecin dans lequel le patient a investi une confiance* »

M5 : « *Je pense que la prescription par le médecin est importante. Les patients ont un lien de confiance avec leur médecin. Si leur médecin leur dit, allez là-bas, vous allez être bien traité, on va pas vous dire que vous êtes gros et moche et que vous avez un diabète, mais on va voir qu'est-ce qu'il est possible de faire comme activité physique. Euh je pense que ça c'est une bonne chose* »

La gratuité pourrait motiver les patients :

M5 : « *Euh, le fait que ce soit gratuit et pris en charge, donc que les patients n'aient pas, n'aient rien à déboursier, si euh, une des motivations majeure pour y aller.* »

M6 : « *Bah que ça soit gratuit déjà* »

Ils espéraient que la connaissance de l'existence du dispositif incitera les autres patients à demander ce genre de prescription :

M4 : « *Et donc je pense qu'en ce sens-là, ça aura un certain poids, et il y aura une demande du patient, sachant que ça existe hein* »

Pour eux, l'ordonnance gardait une importance chez les patients :

M4 : « *Je pense que l'ordonnance, il faut pas minimiser le poids de l'ordonnance. C'est un écrit qui reste* »

Les médecins étaient plutôt optimistes.

Pour eux, le sport était bien vu dans la population et celle-ci était responsable.

Ils pensaient que certains patients ont même le goût de l'activité physique, sont demandeurs et prêts à écouter ce qu'ils leur disent.

Pour eux, un sentiment d'obligation liée à la régularité de l'activité pourrait faciliter la prescription.

Ils pensaient que les patients ont confiance en eux, et que l'ordonnance reste importante.

La gratuité du dispositif favoriserait selon eux la prescription, tout comme la connaissance du dispositif pour d'autres personnes favoriserait son expansion.

7. Limites liées au médecin

Il était parfois difficile de motiver les patients :

M3 : « *Donc voilà c'est vrai que c'est un problème d'essayer de les..., de les forcer à s'organiser, de dire bon bah voilà, j'ai décidé que dans la journée je faisais du sport à tel moment* »

M4 : « *Je veux dire ça va être très difficile* »

M6 : « *C'est un peu compliqué.* »

Le manque de temps était souvent cité :

M3 : « *Par ailleurs comme ça a été dit par Médecin 4. Dans la consultation, euh, on a vite mangé du temps* »

M4 : « *Donc sur les 4 consultations par an qu'on contrôle, bah on a pas beaucoup de temps à rajouter pour autre chose quoi.* »

M5 : « *Ça prend du temps à discuter du sport* »

Les médecins ne savaient pas vers qui et où orienter le patient :

M1 : « *C'est tout de suite plus compliqué de savoir vers quoi, où et vers quoi les pousser.* »

M2 : « *L'une des difficultés c'est de connaître pour les médecins quelles sont les possibilités autre que tel club bien connu, tel club avec des tas de salles dans les coins dans la ville* »

L'absence de résultats obtenus pouvait limiter la prescription des médecins :

M1 : « *Bon c'est vrai que ça va pas souvent plus loin (soupir) »*

M2 : « *Et, euh, on est souvent assez déçu par les résultats de notre prêche. »*

M3 : « *C'est vrai que, par moment, c'est un peu décourageant »*

M6 : « *Et c'est vrai que c'est un peu usant »*

Les médecins ne s'intéressaient pas au contenu du décret :

M2 : « *Moi je dirais que, je lis plutôt le journal télé 7 jours que le décret 2035 du 12 septembre... Je suis pas du tout... »*

M4 : « *Pour s'endormir bien ce soir »*

Un médecin avouait avoir parfois tendance à recourir au traitement médico-chirurgical pour ses patients plutôt qu'à l'activité physique :

M6 : « *Donc voilà. Mais c'est vrai qu'on est un peu coincé, les patients qui ont un gros problème d'obésité, on peut avoir plutôt tendance à demander un anneau gastrique ou une SLIVE, que, qu'à faire du sport ou à faire de la diététique quoi »*

Les limites liées au médecin, rapportées par ceux-ci, étaient :

- la difficulté à motiver les patients ;
- le manque de temps lors des consultations ;
- l'absence de lieu ou de personne vers qui orienter ;
- l'absence de résultat obtenu dans d'autres prises en charge ;
- l'absence de connaissance concernant la loi et le décret ;
- le recours à un traitement médicamenteux plutôt qu'à une thérapie non médicamenteuse.

8. Limites liées au patient

D'après les médecins interrogés, les patients ne prenaient pas forcément au sérieux la prescription d'activité physique, car ils n'y étaient pas habitués :

M5 : « *Et je leur donne une seule ordonnance avec ça, et du coup ça les fait quand même sourire parce qu'ils ont pas l'habitude d'avoir une activité physique sur ordonnance. »*

Ils pensaient qu'il était difficile de pratiquer de l'activité physique pour les patients n'en ayant jamais eu :

M2 : « *Elle répond, bah j'en ai jamais fait, qu'est-ce que je peux faire* »

M5 : « *Quelqu'un qui en a jamais fait, euh, c'est compliqué* »

M6 : « *Et qui ont pas d'activité physique du tout.* »

Une plainte fréquente, pouvant être une limite à la pratique, concernait les gonalgies :

M1 : « *Mais ceux qui effectivement ont comme on disait mal aux genoux* »

M2 : « *Bah non j'ai mal aux genoux* »

M4 : « *Bon, quand ils n'ont pas trop mal aux genoux* »

M5 : « *Quand on a des problèmes de genoux* »

Les douleurs, en général, étaient également citées :

M1 : « *Mal par ci mal par-là* »

M5 : « *Quand on a des problèmes d'arthrose* »

Le fait d'être en ville a été mentionné :

M2 : « *J'ai peur quand je suis en ville* »

L'environnement général du patient pouvait diminuer l'activité d'après les médecins :

M3 : « *Je dirais maintenant, à la limite, il suffit qu'il prenne sa voiture pour aller à Carrefour pour vivre* »

M4 : « *Donc je veux dire on est quand même encouragé à avoir le moins d'activité physique possible* »

L'omniprésence des écrans pouvait être une limite :

M4 : « *Il faut être clair, entre les écrans partout* »

Les déplacements motorisés n'incitaient pas à la pratique d'activité d'après eux :

M4 : « *Les déplacements motorisés que ce soit, on va dire à moteur en tout genre, même sur les trottoirs* »

Le surpoids était cité par un des médecins :

M2 : « *Grosse comme je suis, j'irais jamais à la piscine* »

L'absence de goût pour l'activité physique revenait également :

M4 : « *Et je pense, je pense qu'en plus il y a beaucoup de gens qui ont une aversion pour l'activité physique* »

M5 : « *Déjà, il faut pas demander l'impossible. Quelqu'un qui déteste faire le sport, je vais pas lui demander de préparer un marathon.* »

L'absence d'envie de pratiquer de l'activité / le manque de motivation étaient cités par plusieurs médecins :

M1 : « *C'est, c'est leur donner de la motiv... enfin c'est leur donner de la motivation d'y aller* »

M2 : « *C'est justement difficile puisqu'il faut lui expliquer ce qu'elle... ce qui faut faire c'est ce qu'elle a absolument pas envie de faire* »

M4 : « *Je veux dire il est pas né de la dernière pluie, donc il y a des gens qui ne bougent pas, qui ne veulent pas bouger (insiste sur ces mots). Et donc, ceux-là on va pas les faire courir hein* »

M5 : « *C'est la motivation* »

M6 : « *Mais voilà, avec le risque qu'il y ait des séances qui soient vides, parce que les gens sont pas motivés, parce que c'est des patients, on voit bien, qui viennent pas forcément.* »

Ce pouvait également être l'absence d'envie de changement :

M1 : « *Enfin, rien à faire, c'est pas qu'ils en ont rien à faire, c'est qu'ils sont pas prêts à modifier leurs habitudes pour euh.* »

Le manque d'observance était cité :

M1 : « *Et puis ceux qui vont dire oui et puis en fait (rire) ils en ont finalement rien à faire.* »

M2 : « *Encore faut-il ensuite qu'ils les suivent* »

Pour un des médecins, il y avait un manque de connaissance sur les bienfaits de l'activité physique :

M4 : « *Je pense qu'ils ne le savent pas forcément* »

L'aspect financier entrainait également en compte pour les médecins :

M1 : « *Et puis effectivement, l'aspect financier aussi parce que si c'est une activité physique payante, et bah il y en a beaucoup qui pourront pas, enfin beaucoup, certains qui pourront pas effectivement ce..., ce..., enfin voilà* »

M4 : « *Après, c'est vrai que même si les montants sont pas élevés, pour certains patients, c'est quand même un obstacle, le coût* »

M5 : « *On est dans un quartier qui est plutôt populaire. C'est l'argent qui est compliqué* »

M6 : « *Parce qu'on peut leur dire bon vous allez à la salle de sport, bah déjà il faut payer la salle de sport, donc c'est 30 euros par mois, c'est pas forcément possible, surtout quand il y a plusieurs enfants, plusieurs adultes à prendre en charge* »

Les difficultés d'accès aux activités étaient citées :

M1 : « *Bah oui bien sur, l'accès à l'activité physique* »

Des capacités physiques réduites constituaient également un frein :

M4 : « *Après, sur le plan des... de l'activité physique, c'est vrai qu'il y a des, il y a des patients qui ont vraiment une act... une capacité physique très limitée* »

La tenue de sport pouvait être une limite à la pratique de leurs patients :

M2 : « *Parce que si on leur dit, bah allez faire, inscrivez vous dans une salle de gym, ils disent, oui mais les collants fluo et les t-shirts violets moi ça me va pas alors (sourire général).* »

M5 : « *Et comment est-ce qu'on va amener toute cette population qui a besoin de faire une activité physique et qui a pas envie de se déshabiller, pas envie de se mettre en truc de sport* »

Un médecin pensait que le regard des autres peut être intimidant :

M5 : « *Pas envie d'être vu par les autres* »

Le temps restait un facteur limitant d'après les médecins :

M3 : « *Et c'est effectivement une remarque qui nous est fait souvent : mais ouais, vous comprenez docteur, vous parlez comme un livre, vous vous rendez pas compte de tout ce que j'ai à faire* »

M5 : « *C'est la vie qui est compliquée quand, euh, pour des personnes qui sont encore en activité, euh, professionnelle, c'est le temps qui est compliqué à trouver pour pratiquer une activité physique* »

M6 : « *Avec pas forcément beaucoup de temps de faire du sport* »

La nécessité d'avoir une activité régulière était citée :

M5 : « *Euh, la pratique d'y aller une fois à la limite ça se fait. Y aller régulièrement sur un an, c'est compliqué.* »

Le contexte familial jouait un rôle pour certains médecins :

M5 : « *Et que il a pas le temps et quand il rentre le soir s'il veut voir ses enfants avant d'aller se coucher, bah le sport ça passe à l'as* »

M6 : « *Bah quand il y a des gamins c'est compliqué.* »

Le fait d'avoir un travail physique n'incitait pas à pratiquer de l'activité physique :

M6 : « *Parce que ils ont des boulots plutôt physiques etc. Et le fait qu'ils aient un boulot physique ça leur, bon ils disent qu'ils ont pas forcément besoin de sport* »

Certains patients ne savaient pas nager et ne pouvaient donc pas se rendre à la piscine :

M6 : « *Qui ont pas forcément appris à nager du coup c'est compliqué* »

L'activité physique n'était pas une priorité pour certains :

M6 : « *Parce que le sport c'est un peu euh... la 5^e roue du carrosse quoi hein. Ça se greffe dessus.* »

Certains patients négligeaient leurs ordonnances :

M4 : « *C'est certes quelque chose que un certain nombre de patients perdent, jettent ou je sais pas quoi* »

D'après les médecins interrogés, les limites liées au patient comprenaient :

- le manque de prise au sérieux de la prescription d'activité physique ;
- le manque de connaissance des effets bénéfiques ;
- la difficulté de pratiquer pour les patients n'ayant jamais eu d'activité, qui n'aiment pas ça, qui ne sont pas motivés, qui ne veulent pas changer ;
- les douleurs en général, les gonalgies ou encore le surpoids ;
- l'environnement général du patient, l'omniprésence des écrans, le fait d'être en ville, d'avoir des déplacements motorisés ;
- le manque d'observance de certains ;
- l'aspect financier ;
- les difficultés d'accès aux activités ;
- les capacités réduites ;
- la peur du regard de l'autre, le fait de devoir se mettre en tenue ;
- le temps, notamment pour la vie de famille, le fait d'avoir une activité régulière ;
- les emplois physiques ;
- ne pas savoir nager ;
- l'activité physique n'est pas une priorité pour certains, ils négligent leurs ordonnances.

9. Attentes des médecins

Les médecins attendaient que la prescription sur ordonnance soit de l'activité physique et pas du sport :

M6 : « *Et puis... que ça soit pas vraiment du sport, plutôt de l'activité physique, ou alors douce quoi* »

Un annuaire des différentes structures existantes était demandé par les médecins :

M2 : « *La municipalité propose dans telle et telle structure, telle et telle activité. Est-ce que c'est réalisable ?* »

M4 : « *Oui, ce que font les MJC ou les établissements publics* »

M5 : « *Qu'est-ce que la Ville doit faire ? La Ville qu'elle référence tous ces centres* »

M6 : « *Un annuaire ça serait bien* »

Celui-ci doit être adapté et facile d'utilisation, par exemple en prenant la forme de fiche :

M4 : « *Ça risque de coûter cher pour pas grand..., pour peu de retour. Donc je pense que ce serait bien d'avoir une fiche simple avec les activités, bon un truc recto-verso on peut déjà avoir à mon avis beaucoup d'activités mentionnées avec juste le téléphone. »*

M5 : « *Ça c'est utile, parce que du coup après on peut le donner au patient. Donc il faut qu'on l'ait en PDF pour qu'on puisse l'imprimer »*

Ils voulaient connaître les associations :

M4 : « *Je pense qu'il faut connaître les associations, effectivement, il faut connaître aussi à quel public elles s'adressent. Donc effectivement à quelle tranche d'âge, etc. »*

Les médecins voulaient avoir un lieu où orienter leurs patients :

M1 : « *Il faut qu'on les oriente quelque part, qu'on sache où les orienter »*

M2 : « *C'est ce que j'avais dit tout à l'heure, de disposer d'un minimum de points de chute pour orienter les patients sur une piscine, une association sportive de tel ou tel, les maisons de jeunes, un centre social, une entreprise, une structure privée éventuellement, pourquoi pas »*

M3 : « *Moi ce que je vois dans cette affaire-là, c'est que il faut effectivement, comme vient de le dire Médecin 2, qu'on ait des points de chute. »*

M6 : « *Après ça serait pas mal d'avoir aussi des stru..., de connaître des structures où on pourrait les renvoyer »*

Si un lieu n'était pas à disposition, les médecins voulaient au moins avoir une personne vers qui adresser :

M1 : « *Où il y a des éducateurs, enfin agréés, qui ont une formation spécifique, qui... »*

M6 : « *Qu'il y ait des APA ou des choses comme ça. »*

Ils souhaitaient que les patients soient évalués :

M6 : « *Dans un dispositif où on pourrait, il y aurait une évaluation. »*

Il fallait qu'il y ait un encadrement pour eux :

M1 : « *Oui finalement c'est, enfin, peut-être pas quelque chose comme ça que j'attends, mais qui est quand même un encadrement conséquent* »

M4 : « *Ça, ça on peut le faire, mais je veux dire si on prescrit vraiment quelque chose, il faut qu'il y ait un cadre derrière, on peut pas rester dans le vague* »

Mais en même temps il fallait que ce soit quelque chose de simple et de souple :

M5 : « *Après il faut que la Ville fasse un numéro ou un système qui soit facile pour que le patient ait juste à aller avec son ordonnance, le mot de la Ville ou toutes les adresses en disant voilà, j'ai mon certificat où je peux faire du sport, euh j'ai le droit de faire telle ou telle activité, euh et euh qu'est-ce que j'ai, où est-ce que je peux aller ? Et du coup il faut pas que le patient ait à appeler 15 000 numéros pour trouver une activité physique* »

M6 : « *Après, faut qu'il y ait, faut que le système soit assez souple au début.* »

Il fallait que ce soit quelque chose d'officiel :

M1 : « *Ce que j'attends, enfin, effectivement, c'est quelque chose d'officiel en fait* »

Les médecins souhaitaient que le dispositif apporte un plus par rapport à ce qui existe déjà :

M1 : « *Et que ce soit pas un club basiq... enfin ce que je peux leur dire là, aller à la piscine ils font des cours d'aquagym, mais (rire). C'est bien pour votre dos, mais c'est voilà, il faut qu'il y ait quelque chose en plus je pense, dans cette prescription* »

Les médecins attendaient des informations sur le décret :

M3 : « *Il a surfé sur internet avant de venir nous voir, donc c'est vrai qu'il faut effectivement qu'on essaie d'en savoir au moins autant que lui.* »

M4 : « *J'attends surtout d'être plus au point que le patient pour la première fois où on va me le demander* »

Le dispositif devait être pris en charge pour eux :

M5 : « *Euh, ceux qui font une activité physique, euh, il faut que ce soit pris en charge.* »

Ce dispositif devait être ludique :

M6 : « *Et que, bah, en fait, il faut qu'il y ait un aspect ludique pour un enfant qui, qui a des problèmes de poids* »

Les activités devaient être adaptées à chaque patient :

M1 : « *Qui auraient besoin d'une activité physique probablement bien particulière adaptée à leur pathologie, etc.* »

M4 : « *Et bah il y en a ils se retrouvent dans un groupe, ils sont rapidement largués ou alors ils essaient de suivre mais bon, parce que si on se retrouve dans un groupe où ils sont tous surentrainés et la personne même en assez bonne santé physique commence, elle peut pas suivre le rythme.* »

M6 : « *Donc en fait, je pense qu'il faudrait que ça soit vraiment adapté euh* »

Il fallait une offre en fin de semaine :

M6 : « *Il y a des choses qui, faudrait que ça ait lieu le week-end euh* »

Qu'il y ait une collaboration avec les municipalités alentour du Grand Lyon :

M6 : « *Et euh, ce que j'attends du décret, euh, bah que c'est une vraie dynamique de la Ville, et que en fait je pense ça serait bien que ça soit plus porté par le Grand Lyon* »

Un guichet unique d'accueil pourrait être mis en place :

M5 : « *Il faut peut être qu'il y ait un guichet unique, ou que la Ville puisse* »

Il y avait un besoin de dynamisme pour que le projet prenne :

M6 : « *Il faudrait que ça soit un truc plus euh, alors si Villeurbanne fait ça c'est déjà super bien, mais il faudrait qu'il y ait une dynamique* »

Selon les médecins, le décret allait permettre de valoriser le rôle du médecin :

M4 : « *Oui voilà, et je pense que ce sera intéressant aussi puisque ça pourra donner un peu de publicité à ce rôle de médecin qui, qui est profondément méconnu voir méprisé par le patient* »

D'après eux, ce n'était pas leur rôle de trouver une place dans une structure pour le patient :

M5 : « *Nous on va pas aller, on va pas aller appeler ou dire au patient d'appeler toutes les associations pour trouver une place* »

Les médecins attendaient de l'activité physique et pas du sport.

Ils souhaitaient un « annuaire » des offres existantes, éventuellement des fiches, avec connaissance des associations.

Ils souhaitaient des moyens pour orienter les patients, notamment un lieu ou un référent.

Il fallait que les patients soient évalués, encadrés.

Le dispositif devait être simple et souple.

Il fallait que les médecins soient informés, et que ce dispositif apporte un plus par rapport à ce qui existe déjà.

Il fallait que ce soit quelque chose de ludique, adapté à chaque patient.

Il y avait un besoin de prise en charge.

Il faudrait une offre le week-end et couplée avec les municipalités limitrophes.

Le projet devait être dynamique pour fonctionner, avec un guichet d'accueil unique.

Le décret valorisera le rôle du médecin.

Les médecins ne souhaitaient pas avoir pour rôle de trouver une place dans une structure.

10. Attentes supposées des patients

Les médecins supposaient que les patients attendent qu'on les oriente de manière précise :

M1 : « *Mais je pense, quand on parle de prescription médicale, le patient s'attend à ce qu'on l'oriente dans un endroit bien précis où il aura un bilan bien précis et il pourra faire du sport de manière bien précise* »

M4 : « *Et effectivement, comme le dit notre consœur numéro 1, il faut, on peut pas lâcher le patient comme ça dans la nature. Il faudra peut-être lui donner des pistes en lui disant je lui prescris du sport, peut-être à telle dose par semaine, tel type d'activité sera adaptée à votre cas etc. et puis vous pouvez à tel endroit, en gros en donnant pas forcément une seule adresse mais plusieurs adresses.* »

Le dispositif devait être pris en charge financièrement :

M2 : « *Oui. La notion de prescription sous-entend souvent pour le patient remboursement.* »

M4 : « *Oui c'est un peu ce que je sous-entendais avec l'histoire de la gratuité... Non mais c'est ça qu'on a tous en tête, je veux dire c'est ça que doit avoir le patient en tête. »*

Il fallait que ce soit quelque chose d'officiel :

M1 : « *Et pour les patients je pense c'est quelque chose d'officiel »*

Pour les médecins, les patients attendaient qu'on les oriente de manière précise, avec quelque chose d'officiel qui soit pris en charge.

11. Connaissance des possibilités à Villeurbanne

Une ébauche d'annuaire existe déjà sur la ville et était connue par certains des médecins :

M1 : « *Alors, plus qu'un annuaire qui regrouperait toutes les possibilités d'activité physique sur Villeurbanne qu'on trouve finalement sur le site de l'hôtel de ville, sur euh... sur internet quoi (rire) »*

M3 : « *J'étais un peu étonné parce que je l'ai et vous allez le demander à Marianne Ducroux elle vous le donnera avec plaisir. »*

La Ville mettait déjà à disposition des activités :

M3 : « *Maintenant pour revenir aussi sur ce que disait tout à l'heure, donc Médecin 4, c'est vrai qu'il faut pas trop se plaindre sur Villeurbanne, il y a quand même un gros effort qui est fait... »*

M4 : « *Je pense qu'il faut quand même pas oublier que en tout cas sur Villeurbanne on a quand même dans une, il y a une mairie qui, qui donne accès quand même à des activités en tout genre et de loisirs pour quand même pas très cher, donc je pense qu'il y a quand même beaucoup de patients qui ont accès »*

Certains médecins connaissaient des offres existantes :

M2 : « *Et puis, il y a l'association qui s'appelle Accords et à Cris qui fait de la natation pour tout le monde, bah est-ce que tout le monde, enfin tous les médecins connaissent-ils ces possibilités ? »*

M5 : « *La Ville fait déjà beaucoup, elle fait des, les foulées de mars, d'ailleurs qui vont arriver, enfin qui sont peut-être déjà passées »*

Ils citaient également des associations existantes :

M3 : « *Je pense à Athlé Santé, je pense à Boule Santé, je pense à Foot Santé. Ce sont donc des fédérations, alors sur Villeurbanne le, le pionnier ça a été l'athlétisme, donc l'ASVEL Athlé qui a donc une section Athlé Santé* »

M6 : « *Il faudrait monter un réseau parallèle. Alors il y a le réseau DIALOG qui s'occupe des enfants euh, des adultes qui ont des problèmes de diabète* »

La Ville a développé des pistes cyclables :

M3 : « *Notamment les pistes cyclables, moi je vois, enfin bon, j'ai la même maladie que d'autres personnes (rire général) Et c'est vrai que depuis qu'il y a des pistes cyclables...* »

Du sport santé existait sur la municipalité :

M3 : « *Personnellement je connais très bien le président de l'ASVEL athlétisme et bien, c'est vrai que c'est une chose à laquelle il apporte beaucoup de..., d'importance. On va en parler d'ailleurs à nouveau lors des foulées de Villeurbanne voilà. Donc je crois qu'il y a la dimension santé ouais.* »

Le centre de rééducation Bayard proposait de la réhabilitation à type d'activité physique adaptée :

M1 : « *Voilà. Au centre Bayard à côté de chez nous, ils font effectivement, il y a un hôpital de jour de rééducation, en particulier pour les personnes qui ont des pathologies métaboliques.* »

M6 : « *Euh, pour les adultes, il y a le centre Bayard* »

La mairie faisait de la publicité pour ce qu'elle mettait en place :

M5 : « *Donc elle fait déjà beaucoup de pub, elle envoie des pubs aux médecins, euh, pour les foulées de mars, de la marche* »

Des parcs, en guise de lieu de pratique, pouvaient être utilisés selon l'un des médecins :

M6 : « *Alors je sais pas s'il pourrait y avoir des... Le plus grand parc près de Villeurbanne ça serait la Tête d'or, donc ça fait un peu loin d'ici. Après il y a peut-être le, le parc de la Feyssine, il est moins loin, il y a peut-être moyen de le rejoindre.* »

Un « annuaire » Villeurbannais existait déjà.

La Ville mettait à disposition des offres que certains médecins connaissaient, tout comme certaines associations.

Un développement des pistes cyclables a été réalisé.

Du sport santé existait déjà sur la Ville, notamment au centre Bayard.

Des parcs de la municipalité pouvaient être utilisés.

De la publicité existait sur les offres déjà en place.

12. Questionnement des médecins

Les médecins se posaient beaucoup de questions concernant le dispositif :

- comment allait se dérouler celui-ci ? :

M3 : « *Je sais pas bien comment est-ce que ça va se passer en pratique là-dessus* »

- est-ce que les éducateurs APA allaient travailler le week-end ? :

M6 : « *Et du coup après quand, quand c'est le week-end, ça pose le problème des, des euh... de faire bosser des gens le samedi ou le dimanche, des APA etc.* »

- l'ordonnance allait-elle inciter les gens à avoir une activité physique ? :

M1 : « *Ils vont pas forcément plus y aller que si on leur avait pas fait l'ordonnance.* »

- est-ce que les gens allaient être observants si le dispositif était libre ? :

M4 : « *Si c'est juste aller à la piscine quand ça lui chante, est-ce que il va y aller souvent ?* »

- quelles étaient les informations contenues dans le décret ? :

M1 : « *Alors je suis d'accord avec Médecin 4, je sais pas du tout comment c'est sensé s'organiser tout ça, j'en ai pas la moindre idée, je serais bien idiot devant mon ordonnance si je devais prescrire (rire) du sport* »

M2 : « *Mais je sais pas ce qu'il y a dedans. J'ai pas d'imagination.* »

M4 : « *Moi je suis venu presque par curiosité (rire général). Parce que je dois dire que ça reste extrêmement mystérieuse cette affaire pour moi. Donc c'est pour ça je me dit bon ok, prescrire du sport, ça il y a pas de problème, je pense que ça j'y arriverais, mais concrètement, comment ça va s'articuler... »*

M6 : « *Alors je connais pas ce décret »*

- est-ce que le dispositif allait être gratuit ou remboursé ? :

M3 : « *Remboursé ou pas ça on en sait rien »*

M4 : « *La question c'est est-ce qu'on va nous offrir le sport gratuit pour nos patients ? C'est un peu ça »*

- qu'en serait-il des personnes en ALD qui ne sortent pas de chez elle ? :

M4 : « *Déjà j' imagine les choses, compte tenu maintenant que je sais que ça sera réservé aux patients en ALD (rire), je pense bien à tous mes patients que je vois en visite à domicile qui sortent pas de chez eux et qui sont en ALD, et que donc ça s'adressera pas à eux du tout, parce que je vois pas comment »*

- est-ce que la population cible n'était pas trop limitée ? :

M4 : « *Ah oui, non mais ce que je veux dire, déjà ça supprime une partie de, il y a une partie de patient à qui on proposera rien du tout. »*

- y aurait-il des interventions à domicile ? :

M4 : « *Ou alors il y aura quelqu'un qui viendra à domicile leur faire faire un tour de déambulateur, ça peut être intéressant, peut être je sais pas. »*

- est-ce que le décret allait apporter quelque chose de nouveau ? :

M4 : « *Donc le cadre de ce décret, la question c'est un peu qu'est-ce que ça va nous amener et en quoi ça va modifier notre pratique »*

- les patients allaient-ils être intéressés par ce dispositif ? :

M3 : « *Ce sera peut-être effectivement la réalisation d'une ordonnance, mais est-ce que ça motiverait le patient, c'est pas sûr que ça soit évident.* »

- est-ce que les patients allaient avoir l'impression de se soigner ? :

M3 : « *Alors ensuite, derrière, est-ce que le patient sur ce type de prescription va avoir l'impression qu'il se soigne, c'est-à-dire qu'il fait pas de la prévention mais de la thérapeutique ?* »

- une information était-elle prévue pour les médecins ? :

M4 : « *Pour l'instant je suis vraiment inquiet. Le fait qu'on commence à en parler effectivement, dans les médias, et que moi je n'ai aucune idée, du tout, et encore je suis probablement un des plus informés.* »

- quelles activités physiques allaient être proposées aux patients ? :

M5 : « *La personne qui va faire du sport, c'est pas moi, c'est une autre personne, et du coup quel sport pour quelle personne, des... Euh l'activité physique, c'est très très vaste, et du coup quelle activité physique, euh, proposer ?* »

- qui allait prescrire cette activité ? :

M5 : « *Euh, déjà, je pense qu'il faut vraiment savoir, euh, quelles, euh... euh... Il faut savoir si c'est du sport sur ordonnance, il faut savoir qui le prescrit* »

- où allaient-ils orienter leurs patients ? :

M5 : « *Euh, enfin pas tellement qui le prescrit, c'est moi qui le prescrit, mais vers quelle structure.* »

- est-ce qu'il y aurait de la publicité pour le dispositif ? :

M4 : « *Et que voir éventuellement, on a une affichette à mettre dans notre salle d'attente, quelque chose comme ça* »

- Les confrères non présents aux réunions étaient-ils intéressés par cette mesure ? :

M4 : « On est 5, donc si tu veux, s'il y a 5 personnes sur Villeurbanne qui s'occupent de prescrire un peu de sport à leurs patients, ça va être assez... enfin 5 médecins ça va être assez limité comme effet sur la population générale »

- est-ce que ça n'allait pas se transformer en kinésithérapie déguisée ? :

M3 : « Moi ce que je crains un peu, c'est que ce genre de chose se transforme en une séance de kiné améliorée »

- le dispositif allait-il être adapté à tout le monde ? :

M6 : « Et puis bon alors il y a des coachs, dans les salles de sport mais bon euh, la personne obèse qui a juste envie de faire un peu attention, de se prendre en charge etc. progressivement, c'est pas forcément leur, leur cible de base »

- un nombre suffisant de places serait-il disponible dans le dispositif ? :

M6 : « Mais il faudrait être sûr que... ils arrivent pas et qu'on leur dise pas attendez il y a plus de place »

Les médecins s'interrogeaient sur :

- comment allait se dérouler le dispositif ;
- la possibilité d'activités organisées le week-end ;
- la possibilité de place pour tout le monde ;
- l'impact qu'aurait l'ordonnance sur les patients ;
- l'observance de l'ordonnance s'ils étaient libres ;
- l'apport du dispositif ;
- ce que comprenait réellement le décret et souhaitaient obtenir des informations ;
- le financement du dispositif ;
- la population cible : était-elle trop limitée et qu'en serait-il des personnes à domicile ;
- l'intérêt des patients, et s'ils auraient l'impression de se soigner ;
- qui allait prescrire l'activité physique, où il fallait orienter les patients, et quelle activité leur prescrire ;
- la publicité qui serait réalisée pour ce dispositif afin de le faire connaître ;
- la participation des confrères n'ayant pas assisté aux réunions ;
- le risque que ce soit de la kinésithérapie déguisée ;
- la bonne adaptation à tous les patients du dispositif.

DISCUSSION

I. Résultat principal

Notre travail consistait à participer à l'élaboration d'un dispositif d'activité physique sur prescription proposé par une municipalité. Nous avons recueilli les besoins, les attentes, les craintes des médecins. Un des participants soulignait le bien-fondé de cette démarche : *« Je veux dire il y a la bonne volonté au départ. Je comprends que là l'idée c'est de faire le tour de la question euh... en partant du terrain ».*

A partir de ce recueil, nous avons pu déterminer comment construire un dispositif utile aux médecins et efficace pour la population. Ces données ont été partagées avec la direction de la santé publique de Villeurbanne qui a élaboré un projet de dispositif en partenariat avec la direction des sports. Il a été présenté aux médecins lors d'une réunion le 16 mai 2017. Ils ont ainsi pu valider le projet, en apportant leurs remarques et leur approbation.

Dans une expertise collective de 2015 sur l'activité physique et la prévention des chutes ⁽⁶³⁾, l'INSERM recommandait un travail collaboratif des différents acteurs pour que les programmes soient efficaces : *« Pour que l'ensemble des problématiques médicales pouvant bénéficier des apports d'une activité physique et sportive puissent trouver un relais, il est nécessaire de favoriser une coordination entre les organismes de tutelle responsables de la santé (Agence régionale de santé), du sport (Direction régionale de la jeunesse et des sports), les collectivités locales et les associations. Le groupe d'experts recommande que les éducateurs et animateurs sportifs du milieu associatif, qui assurent des programmes d'activités physiques, soient associés à la démarche médicale et paramédicale. »*

L'hypothèse de la nécessité d'un travail commun des médecins avec les services publics pour mettre en place un dispositif a été confirmée. Cela permet de lancer un projet cohérent, répondant aux attentes des prescripteurs. Quant à la municipalité, elle apporte un soutien logistique nécessaire au bon déroulement. Dans son travail de thèse en 2017, les médecins interrogés par Christophe Jacques lui signalaient ne pas savoir comment mettre en contact leurs patients avec des éducateurs APA ⁽⁷⁵⁾. Ils souhaitaient un parcours clair et travailler avec eux comme cela peut se faire avec les autres professions paramédicales. Ce dispositif répond tout à fait à ces besoins.

Néanmoins, le travail n'est pas fini. Dans son expertise de 2008 sur l'activité physique ⁽²⁵⁾, l'INSERM recommandait déjà un recours aux éducateurs APA « *Le groupe d'experts recommande que soit renforcé le maillage territorial d'experts référents pour le programme « Activité physique et santé ». Le département est l'échelon compétent pour traiter les questions d'équité socio-géographique, de solidarité et de cohésion sociale. Les étudiants de la filière APA (activité physique adaptée) et santé sont formés à l'encadrement des handicapés, des personnes âgées (y compris celles qui résident en maison de retraite), des jeunes désocialisés (dans les quartiers sensibles) et seraient tout à fait compétents pour exercer cette tâche d'incitateur, d'éducateur, de personne ressource et de coordination, en relation avec les professionnels de santé.* »

Le recrutement de cet éducateur va nécessiter de travailler avec lui lors du lancement du dispositif. Acteur indispensable du projet, le recueil de ses besoins et de ses remarques lors de la phase pilote permettront de perfectionner le parcours.

Enfin, les patients qui seront les bénéficiaires de ce projet, devront également être consultés. Sans leur adhésion, le dispositif ne servirait à rien.

Le fait principal qui émerge de ce travail est que les médecins se posent énormément de questions : Comment va se dérouler le financement de ce dispositif ? Comment le dispositif va-t-il être mis en place ? Vers qui peuvent-ils adresser leurs patients ?... Les médecins interrogés apparaissent également motivés et engagés dans la réussite de ce projet.

Le dispositif villeurbannais, bien qu'ayant répondu à certaines questions des médecins, doit s'affiner au cours de sa mise en place.

II. Forces et faiblesses

L'intérêt de notre travail a été de s'intéresser aux prescripteurs concernés. En demandant aux médecins leurs besoins, leurs attentes, ils peuvent être entendus et le risque de rejet de l'expérimentation est moindre. Imposer aux médecins un projet dans lequel ils n'ont pas été consultés au préalable n'était pas cohérent.

Une bibliographie de bonne qualité a été réalisée. Au vu du nombre important de publications sur l'activité physique et sur ses effets, il est impossible d'être exhaustif. Nous avons néanmoins parcouru les données majeures afin d'apporter un maximum d'informations en incluant les plus récentes.

Les autres travaux de thèse consultés, consistaient essentiellement à évaluer des dispositifs ou à rechercher des freins à leur mise en place. Nous avons cherché à être innovants dans notre travail en travaillant avant que le dispositif ne soit lancé, à l'aide d'une recherche exploratoire.

Nous avons également exploré la pertinence des programmes d'activité physique sur prescription, leur efficacité clinique ainsi qu'économique afin d'en valider leur développement.

Notre travail a bénéficié d'une validité interne. Toutes les retranscriptions ont été transmises aux participants afin de valider leurs propos. L'analyse réalisée de ces retranscriptions a également été soumise à validation par les médecins lors de la réunion du 16 mai 2017.

L'analyse et l'exploitation des données ont été réalisées par plusieurs personnes : la directrice de thèse, le médecin et l'infirmière de santé publique de la direction de la santé à Villeurbanne ainsi que le chercheur étudiant en médecine réalisant cette thèse.

La validité externe de notre travail est établie par la concordance de l'analyse de nos données avec celles de la littérature.

La faiblesse principale de notre travail est le faible matériel. Celui-ci peut s'expliquer de plusieurs manières.

Les médecins ne se sont pas intéressés à ce projet. Cela peut être dû à un manque d'information quant à la prescription d'activité physique sur ordonnance, ou tout simplement à un manque d'intérêt.

Les réunions étaient réalisées en fin de journée en semaine. Déjà très occupés par leurs consultations, ils n'avaient peut-être pas l'envie ou la possibilité de se rajouter du travail sur leur temps libre.

Il existait au moment de notre travail un conflit entre la municipalité de Villeurbanne et les médecins concernant le stationnement payant en centre-ville. La Ville étant un acteur majeur de ce travail et ayant notamment envoyé les invitations papiers aux médecins, cela ne les a peut-être pas encouragés à participer.

Il n'a pas été possible d'organiser un 2^e focus groupe de médecins avant la réunion de mai, faute de temps, et nous n'avons pas réussi à recruter d'autres médecins pour un entretien téléphonique par défaut de réponses positives.

Dans notre étude, contrairement à ce que nous avons envisagé initialement, nous n'avons pas interrogé de patients dans cette phase préparatoire. Ceci limite la mise en place du dispositif car sans recueillir leurs avis on risque de ne pas être en accord avec leurs besoins.

L'évaluation du dispositif, qui est prévue dans un second temps par l'université Lyon1, nécessitera d'interroger les patients et si possible de recueillir l'avis de ceux ne souhaitant pas participer afin de connaître leurs raisons et de s'adapter.

Les participants à notre étude étaient tous motivés. Ils pratiquaient tous une activité physique avec au minimum des déplacements actifs. Ceci n'est pas le cas de l'ensemble des médecins, ce qui est un biais de recrutement classique.

La bibliographie sur le sujet est très vaste, et il est impossible d'en consulter l'intégralité. Cela représente donc un biais de données.

S'agissant d'une thèse qualitative, les résultats ne peuvent pas être généralisés.

Pour compenser la faiblesse de notre matériel et afin de donner une meilleure scientificité à notre travail, nous avons établi à l'aide de la littérature, deux fiches d'aide à la prescription d'activité physique adaptée pour les patients atteints de diabète de type 2 ou de cancer du sein/cancer colorectal, qui sont placés en annexe VI et VII.

III. Résultats de l'analyse des données

1. Différence entre activité physique et sport

Le but de ce dispositif est de favoriser la pratique d'une activité physique adaptée. Celle-ci est définie comme « *l'ensemble des activités physiques et sportives à des fins de prévention secondaire ou tertiaire, de réhabilitation, de post-réhabilitation, de rééducation, d'éducation ou d'insertion sociale auprès de personnes en situation de handicap et/ou vieillissantes* »⁽⁷⁶⁾. Cette activité est différente du sport, sous-groupe organisé et spécialisé de l'activité physique qui a pour but des exercices et/ou de la compétition.

Les médecins villeurbannais étaient bien d'accord avec cette idée. Ils faisaient une réelle distinction entre l'activité physique adaptée et le sport avec pour but l'amélioration de l'état de santé du patient.

Comme le signale le Pr François Carré, professeur de cardiologie et médecin du sport sur le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes, l'appellation « sport sur ordonnance » a été très bonne médiatiquement pour faire connaître le dispositif au grand public, mais elle ne correspond pas aux patients en ALD⁽⁷⁷⁾. Annoncer aux patients qu'on va leur faire faire du sport risque de les rebuter et de ne pas les faire adhérer au projet. Une campagne de

communication auprès d'eux est donc nécessaire pour leur faire connaître la réalité du dispositif.

2. La population cible

Lors de notre travail, nous avons cherché à savoir quelle était, pour les médecins, leur vision de la population cible. Un seul citait les personnes en ALD, population visée par le décret. Etaient également cités les personnes âgées, les patients arthrosiques ou encore les patients obèses. A Strasbourg ⁽⁴⁹⁾, les personnes sédentaires, les personnes âgées fragilisées en prévention des chutes ou les personnes obèses peuvent bénéficier du dispositif. Le bénéfice pour cette population est indéniable et prévient la survenue de complications ou de pathologies en elles même ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽⁶³⁾. Il faudrait sans doute élargir le dispositif à ces patients en prévention primaire, ce qui est déjà proposé dans d'autres travaux ⁽⁷⁸⁾⁽⁷⁹⁾. Aucun remboursement n'étant prévu par la loi, il n'y a pas de facteur limitant à leur inclusion.

3. L'évaluation de l'activité physique des patients

Les médecins ne font pas de réelles évaluations de l'activité de leurs patients. Celle-ci est pourtant nécessaire pour leur permettre de pratiquer en toute sécurité. Des échelles d'évaluation de l'activité physique existent et peuvent être utilisées. Une étude française de 2011 répertoriait les questionnaires disponibles en langue française pour mesurer l'activité physique des patients ⁽⁸⁰⁾. La plupart étaient réalisées dans le cadre d'études ou de recherches et n'étaient donc pas pratiques pour le clinicien au cabinet : elles sont longues ou nécessitent un calcul compliqué qui n'est pas automatisé. Concernant les enfants ou les personnes âgées, peu de documents existent. L'OMS considère l'âge de 60 ans pour parler de personne âgée ⁽⁸¹⁾, or l'âge moyen des personnes en ALD est de 63 ans en 2015 ⁽¹⁶⁾. Il n'y a donc pas d'outil adapté pour évaluer l'activité physique de la population cible du dispositif. L'étude soulevait également la question d'échelles d'activités en fonction des pathologies et d'échelles de sédentarité. Ces échelles n'existent pas ou sont peu développées.

Les médecins n'utilisent pas les échelles qu'ils décrivent comme longues à réaliser. Le recours à une tierce personne pouvant consacrer du temps à cette évaluation est utile et nécessaire. L'éducateur APA pourrait jouer ce rôle au préalable de la pratique d'activité. Il devra recevoir tous les patients, même s'il n'est pas amené à les prendre en charge par la suite.

4. La motivation du patient

Les médecins citent le manque de motivation des patients et la difficulté à les motiver comme des freins à la prescription. C'est une donnée commune à beaucoup de publications ⁽⁵⁹⁾⁽⁶²⁾⁽⁷⁵⁾⁽⁸²⁾⁽⁸³⁾⁽⁸⁴⁾⁽⁸⁵⁾⁽⁸⁶⁾.

Pour initier un changement, il faut déterminer à quel stade du modèle transthéorique du processus de changement se situe le patient ⁽⁸⁷⁾. Développé dans le cadre des addictions, ce modèle peut tout à fait être utilisé pour l'activité physique. Si le patient est ambivalent face au changement, le médecin peut réaliser un entretien motivationnel ⁽⁸⁸⁾ pour accompagner le patient vers le changement, l'incitant à augmenter son degré d'activité physique.

La conduite d'un entretien motivationnel demande du temps et les médecins rapportent le manque de temps comme un frein à la prescription.

Ainsi, le manque de motivation limite la prescription, mais l'entretien motivationnel qui permettrait de corriger cette limite nécessite du temps qui lui aussi limite la prescription.

Les médecins ne nous ont pas indiqué lors de notre travail s'ils se sentaient aptes à réaliser ce genre d'entretien.

Une solution consiste à le déléguer à un tiers, tout comme l'évaluation du patient. Ce rôle pourrait être tenu par l'éducateur APA. Le travail de thèse de Pierre Toupoint en 2013 retrouvait d'ailleurs que les patients étaient plus motivés à augmenter leur niveau d'activité physique après une consultation dédiée à ce sujet ⁽⁸⁵⁾.

Un autre moyen de motiver les patients, cité par les médecins, consistait à répéter les messages par des interventions brèves. Cette méthode permet d'augmenter à court terme le niveau d'activité physique des patients ⁽⁸⁹⁾. Elle pourrait être utilisée pour les personnes qui ne sont pas déterminées à entrer dans le dispositif.

5. Les freins liés aux médecins

Le manque de temps est un des principal frein au dispositif, comme dans d'autres travaux ⁽⁶²⁾⁽⁸²⁾⁽⁸³⁾⁽⁸⁴⁾⁽⁸⁵⁾.

Les médecins sont déjà très occupés par leur activité de soin, leurs agendas sont remplis. Évaluer le niveau d'activité du patient, faire un bilan, réaliser un entretien motivationnel, expliquer au patient puis l'accompagner dans son activité n'est pas possible en 16 min, durée moyenne des consultations de médecine générale en France ⁽⁹⁰⁾. La délégation de ces tâches à un autre professionnel est une solution qui semble prometteuse. L'absence de cette possibilité de délégation est un autre frein pour le développement de ces prescriptions.

Les médecins souhaitent repérer les patients dont l'état de santé pourrait nécessiter l'inclusion dans le dispositif mais ils ne veulent pas réaliser la suite du bilan.

L'absence de connaissance du décret était citée. Les médias ont certes communiqué auprès du grand public, mais les médecins n'ont pas reçu d'informations. Bien qu'intéressés, un seul des médecins villeurbannais participant au projet connaissait le contenu de la loi. Il est probable que la plupart des médecins, c'est à dire ceux n'ayant pas participé, ne connaissent pas le texte législatif. Une campagne d'information des instances publiques via les ARS, l'HAS ou autre est nécessaire afin que les médecins soient bien au fait de ce qu'ils peuvent faire et surtout comment le faire. La municipalité de Villeurbanne, au centre du dispositif local, devra également communiquer auprès des médecins.

Un des médecins citait le recours préférentiel au traitement médico-chirurgical plutôt qu'à une prise en charge non médicamenteuse. 80% des consultations en France se terminent par une prescription médicamenteuse ⁽⁹¹⁾, hors l'activité physique est autant voire plus efficace que les médicaments dans de multiples pathologies ⁽²⁶⁾. Une étude européenne sur « le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments » retrouvait d'ailleurs que 83% des patients seraient d'accord pour substituer les prescriptions médicamenteuses par des règles hygiéno-diététiques quand cela est possible ⁽⁹²⁾. Changer les habitudes des médecins est envisageable et ce dispositif en est l'occasion.

6. Les freins liés aux patients

La majorité des freins à la pratique d'une activité physique, cités par les médecins de notre étude, sont retrouvés dans d'autres travaux évoqués dans l'introduction.

Le manque de prise au sérieux de la prescription d'activité physique nécessite une communication au lancement du dispositif. Les patients souffrant de douleurs, de gonalgies et de surpoids ont été par exemple cités comme réfractaires. Pourtant l'activité physique peut avoir un effet positif sur ces symptômes. Elle permet de diminuer les douleurs, de maintenir la masse musculaire tout en diminuant la masse grasse et permet de maintenir un poids stable après une perte de poids ⁽²⁶⁾. Une information auprès du public lui permettrait d'en connaître les effets bénéfiques et peut-être d'augmenter sa motivation à la pratique.

L'aspect financier était également évoqué. Dans notre travail, les médecins jugeaient nécessaire une prise en charge pour que les patients puissent adhérer. Des données contradictoires ont été retrouvées dans nos recherches avec notamment le sondage IFOP ⁽⁴³⁾

où 48% des médecins interrogés estimaient que les patients devaient financer leur activité ou encore le travail de thèse de Célia Gaume où les médecins n'étaient pas en faveur d'une prise en charge et demandaient des conditions strictes en cas de remboursement ⁽⁸⁴⁾. Cela vient peut-être du fait que les médecins de notre étude travaillaient avec une patientèle plus souvent défavorisée comme nous l'avons évoqué dans l'introduction.

L'évocation de l'absence de savoir nager comme frein à la pratique confirme cette tendance. Un problème similaire avait été retrouvé à Strasbourg lors du lancement de leur dispositif avec des patients qui ne savaient pas faire de vélo et n'utilisaient donc pas ceux qui leurs étaient mis à disposition. Favoriser l'apprentissage de ces deux pratiques à l'école pourrait être une mesure facilement mise en place pour intégrer l'activité physique au plus jeune âge et favoriser sa pratique à l'âge adulte.

Une donnée nouvelle concernait l'omniprésence des écrans. On a vu que les adultes passaient tous les jours 3 heures 30 minutes et les enfants 3 heures devant les écrans en dehors de leur travail ⁽²⁾. Le temps, considéré comme un facteur limitant doit alors être relativisé. Une diminution de 30 minutes du temps passé devant les écrans pour réaliser une activité comme de la marche paraît tout à fait envisageable. Une campagne de sensibilisation au temps passé devant les écrans devrait être lancée prochainement au niveau national ⁽⁹³⁾.

7. Connaissance de l'offre à Villeurbanne

Les médecins savent qu'il existe des possibilités à Villeurbanne et que l'implication de la municipalité est un véritable avantage. Ils sont conscients des efforts réalisés : développement de l'offre de pistes cyclables, organisation d'évènements, présence d'associations sportives et parcs publics à disposition pour réaliser des activités.

Le centre Bayard était cité par les médecins. Ce centre de soins de suite et de réadaptation (SSR) propose effectivement de l'activité physique adaptée ⁽⁹⁴⁾. C'est le cas avec leur programme PRACTice qui s'adresse aux patientes ayant été traité d'un cancer du sein. Un programme d'activité physique se déroulant sur 10 semaines leur est proposé afin de diminuer le risque de récurrence de cancer du sein. Un travail commun avec ce centre pourrait être intéressant à développer au vu de leur expérience dans le domaine, et de leur recul sur leur programme.

8. La place de la formation

Contrairement à d'autres études ⁽⁶²⁾⁽⁸³⁾⁽⁸⁴⁾⁽⁹⁵⁾, les médecins ne citaient pas le manque de connaissance ou de formation comme un facteur limitant. Cela venait probablement du fait qu'ils étaient intéressés par le sujet.

Dans le modèle d'ordonnance publié dans la loi, les médecins doivent préciser l'activité physique recommandée ainsi que des préconisations.

Les médecins ne sont pas formés à ce type de prescription. Actuellement, la formation théorique lors des études médicale comporte un enseignement modeste sur ce type de prescription. Les étudiants en médecine se disent intéressés par le sujet, mais dépourvus des notions théoriques pour le faire ⁽⁹⁶⁾.

Des formations supplémentaires à type de diplôme universitaire (DU) existent sur plusieurs facultés (Montpellier : DU Prescription d'activités physiques et lutte contre la sédentarité dans les maladies chroniques ; Grenoble : DU Santé par les activités physiques).

L'activité physique sur prescription étant rentrée dans la loi, une adaptation du programme des études médicales est nécessaire. Un module sur l'apprentissage de cette prescription doit être intégré.

Les médecins rentrant dans le dispositif devraient pouvoir recevoir une formation complémentaire. Cela se voit dans d'autres dispositifs comme Efformip en Midi Pyrénées. Les médecins pourraient ainsi avoir des rappels sur les bienfaits de l'activité physique, les indications et des bases de prescription.

Les indications ne sont pas toujours connues des médecins. Ici, comme dans d'autres études ⁽⁶²⁾⁽⁷⁸⁾⁽⁸⁶⁾, les patients atteints de cancers n'ont pas été mentionnés comme population cible. Le bénéfice dans ces pathologies et la diminution de leurs récives sont pourtant démontrés ⁽⁹⁷⁾ et le centre Bayard a par exemple mis en place un programme dans ce but. Une information apparaît donc indispensable.

De même, la bonne fréquence d'activité physique n'était recommandée que dans 13% des cas dans le travail de Gérin en 2015 ⁽⁶²⁾ justifiant des rappels aux médecins.

Dans le cadre de la coopération régionale, cette information pourrait se faire en partenariat avec l'ONAPS basé à Clermont Ferrand.

Dans un rapport remis à la direction générale de la santé (DGS), le groupe de travail présidé par le Pr Xavier Bigard, ancien président de la SFMES, recommandait de certifier les formations initiales des futurs intervenants du dispositif ⁽⁹⁸⁾. Des formations complémentaires devraient être proposées afin d'obtenir les compétences nécessaire à la prise en charge des

patients. Certaines fédérations forment déjà leurs propres éducateurs santé, comme à la fédération d'athlétisme qui forme des coaches « athlé santé » depuis 2006. Quant aux éducateurs APA, ils bénéficient déjà d'une formation spécifique qui devrait être encore améliorée ⁽⁹³⁾.

9. La nécessité de référentiels de prescription

Les médecins ont besoin de référentiels fiables et utiles afin de pouvoir réaliser ces prescriptions. En 2013, la DGS recommandait le « *développement de fiches pratiques validées par la HAS visant à aider le soignant à promouvoir, dans le parcours de santé, une pratique d'activité physique des seniors, adaptée à leur état de santé* ». En 2015, la DGS ainsi que la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM TS) réaffirmaient cette proposition avec le besoin d'une « *élaboration de recommandations sur la prescription médicale de l'activité physique adaptée chez un patient atteint d'une pathologie chronique, production de référentiels de prescription par pathologie : diabète, obésité, pathologies neuro-cardio-vasculaires (cardiaques, maladies coronariennes, AVC), HTA, BPCO, cancers, dépression et production d'outils d'évaluation de la condition physique utilisables par le médecin* » ⁽²⁷⁾. Ces fiches et recommandations n'ont pour le moment pas été réalisées. C'est une véritable limite dans la mise en application du dispositif. Les médecins ne savent pas ce qu'il faut prescrire et les éducateurs, bien que bénéficiant d'une formation, n'ont que peu de référentiels à leur disposition.

Nous avons décidé de prendre des exemples concrets. Le diabète de type 2, pathologie rentrant dans les ALD, est également la pathologie cible qui a été la plus fréquemment citée par les médecins lors de notre travail. Quant aux cancers du sein et colorectal, de nombreuses publications ont déjà démontré les effets bénéfiques de l'activité physique en prévention primaire et tertiaire sur ces pathologies. Nous avons utilisé divers référentiels afin de réaliser des fiches d'aide à la prescription pour les médecins. Le Médicosport-santé réalisé par le CNOSF en partenariat avec la SFMES ⁽⁵³⁾, un référentiel britannique établi par le National Health Service (NHS) ⁽⁹⁹⁾, le référentiel américain « Guidelines for exercise testing and prescription » de l'american college of sports medicine ⁽¹⁰⁰⁾ et le livre « Prescription des activités physiques en prévention et en thérapeutique » ⁽⁵⁵⁾. Concernant la fiche sur le diabète, nous avons également utilisé un référentiel de la société francophone du diabète ⁽¹⁰¹⁾ et pour celle du cancer un état des lieux et des connaissances de l'institut national du cancer ⁽⁹⁷⁾. Ces fiches sont placées en annexe N°VI et N°VII.

Un projet d'adaptation du Médicosport-santé sous forme de fiches informatiques est en cours de réalisation. Celles-ci devraient ressembler au travail que nous venons d'effectuer, le Médicosport-santé ayant été une de nos sources.

Elles s'apparentent aux notices des médicaments que l'on retrouve dans les bases de données : indication, posologie, contre-indication, précaution d'emploi, adaptation thérapeutique, surveillance. L'activité physique s'assimile de ce fait à un médicament.

Ces fiches seront une aide pour les médecins afin de remplir l'ordonnance. La consultation du Médicosport-santé ou encore du livre « Prescription des activités physique en prévention et en thérapeutique » n'est pas pratique lors d'une consultation. Ces fiches à visée ludique devraient faciliter la prescription.

Elaborées par Vidal[®] en partenariat avec le CNOSEF, elles devraient être en libre accès sur le site internet de la base de données. Si un abonnement était nécessaire, ce serait un frein à la prescription adaptée. La mise en ligne est prévue pour début 2018. L'utilité de ces fiches et leur aspect pratique sera par la suite à évaluer.

10. L'offre pour les patients, l'annuaire pour les médecins

Il s'agit d'une attente majeure des médecins. Un annuaire informatique des différentes associations sportives existantes sur la municipalité se trouve déjà sur internet⁽¹⁰²⁾. Il était connu par 2 des médecins, quant aux autres, ils attendaient tous la réalisation d'un document de ce genre.

Devant la forte demande des médecins, la municipalité s'est engagée à adapter cet annuaire sous forme papier tout en le complétant. Celui-ci devrait être prêt pour le lancement de la phase test et sera distribué aux médecins pour les aider dans leur prescription.

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, les ARS et DR-D-JSCS devront de leur côté, répertorier sur leurs sites internet les offres existantes en termes de sport santé sur leurs territoires. Pour le moment cet annuaire informatique n'existe pas et devrait mettre un certain temps avant d'être disponible. Il viendra en complément de l'annuaire villeurbannais et sera notamment utile pour les patients habitants aux limites de deux municipalités.

11. Données nouvelles

Des données non constatées dans d'autres études ont émergé de notre travail. Les médecins se posaient notamment la question de l'offre le week-end. Les patients en ALD peuvent en effet être actifs et avoir des difficultés à libérer des créneaux horaires pour une activité physique régulière aux heures ouvrables de la semaine. Une offre en fin de journée ou en fin de semaine apparaît nécessaire pour ces patients actifs mais à ce jour, la municipalité de

Villeurbanne n'envisage pas d'offrir cette possibilité via son éducateur APA. Cela peut donc être une limite à la bonne réalisation du dispositif.

La question des patients habitant aux limites de la municipalité se pose également. Villeurbanne fait partie de la métropole lyonnaise et des villes limitrophes l'entourent. Si les activités proposées par Villeurbanne sont à l'opposé de leur domicile, sera-t-il possible pour les patients de se rendre sur des activités offertes par les municipalités limitrophes ? Cette question se posera dans l'avenir.

Une autre remarque des médecins, concernait les patients à domicile ne sortant pas de chez eux. Une certaine part des patients en ALD correspond à ce type de patient. Des interventions d'éducateurs en APA ou des professionnels de santé (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien) à domicile seront-elles possibles ? Pour le moment, cela n'a pas été discuté, et exclut donc une partie de la population cible. Dans l'avenir, l'extension du dispositif pourrait éventuellement toucher cette population.

IV. Les pistes à développer / Des initiatives à prendre

1. Mouvance Paris 2024

L'obtention des jeux olympiques de Paris 2024 peut être une chance pour le sport santé. Comme le projet de candidature l'indiquait, ces jeux doivent être l'occasion de « *promouvoir l'olympisme et placer le sport au cœur de la société* »⁽¹⁰³⁾. Le monde politique s'est impliqué dans ce projet, à l'image du président de la république, Emmanuel Macron, participant à du handi-tennis pour promouvoir la candidature. Le projet Paris 2024 souhaite concevoir, en partenariat avec les acteurs concernés (pouvoirs publics, mouvement sportif, partenaires privés et acteurs de la société civile), un programme de développement de la pratique sportive partout et pour tous d'ici l'événement olympique. Des actions comme le développement du sport à l'école, du sport en entreprise, la formation des encadrants ou encore la création de lieux de pratique sont envisagées. L'objectif est d'adapter l'offre aux demandes afin de mettre 10 millions de français sédentaires au sport. Cette volonté a été réaffirmée récemment par la ministre des sports⁽⁹³⁾. Les projets d'activité physique sur prescription doivent saisir l'occasion et bénéficier de cet élan afin de se développer.

2. Étude sur l'efficacité clinique des dispositifs

Les études sur l'impact de l'activité physique sur prescription montrent des effets positifs faibles à modérés sur l'augmentation du niveau d'activité physique comparativement à une prise en charge habituelle. Une revue de littérature scandinave de 2006 estimait que la prescription d'activité avait un effet positif modéré chez 10% des patients et permettait d'augmenter la V02 max (ou volume maximal d'oxygène) de 5 à 10% ⁽¹⁰⁴⁾. Dans le dispositif de Strasbourg, le score d'activité physique, le score de qualité de vie et la distance au test de marche de 6 minutes s'amélioraient à 6 mois et un an ⁽¹⁰⁵⁾.

Une amélioration des facteurs de risques métaboliques et de la qualité de vie est retrouvée à 6 mois dans une étude suédoise de 2017 ⁽¹⁰⁶⁾. Une thèse sur le dispositif de Blagnac retrouvait en 2017 une amélioration de la motivation et de la qualité de vie à 1 an du dispositif sans qu'une modification des paramètres biométriques n'ait été constatée ⁽⁷⁸⁾.

Cependant ces études ont la plupart du temps été réalisées dans le cadre de la prévention primaire. On parle ici de prévention tertiaire, le dispositif s'appliquant à des patients atteints d'une ALD. De plus, les études sont très souvent disparates, avec un suivi court et un faible niveau de preuve.

Les études sont malgré tout encourageantes quant à l'efficacité des dispositifs d'activité sur prescription. Il faudra dans le futur que des études de grande envergure avec un long suivi et un bon niveau de preuve soient réalisées pour valider le réel bénéfice de ces dispositifs.

Une homogénéisation des dispositifs paraît également importante. Tous les projets mis en place, que ce soit en France ou à l'étranger, sont différents les uns des autres. Il n'y en a pas un jusqu'ici qui est apparu supérieur aux autres. Un bilan des différentes expérimentations réalisées doit être fait pour tirer le meilleur de chaque projet. Cela permettrait de fixer les bases des dispositifs d'activité sur prescription pour un fonctionnement similaire partout sur le territoire.

3. Aspect économique des dispositifs

Ces interventions semblent efficaces en termes d'économie de santé. Une revue de méta analyses réalisée en 2017 confirmait cette hypothèse ⁽¹⁰⁷⁾. De nombreux biais existent avec notamment des programmes très disparates. Une étude de grande échelle permettrait de confirmer cette tendance et de déterminer quels programmes sont efficaces. Néanmoins cela est encourageant, d'autant plus en ces temps de restrictions budgétaires.

Comme on l'a vu, l'activité physique s'apparente à un médicament. S'il s'agissait d'une molécule, elle aurait un rôle de premier choix dans de nombreuses maladies et apparaîtrait comme une « pilule miracle ». Rappelons que la population cible concerne les patients en ALD bénéficiant d'une prise en charge à 100% de leurs traitements. Il apparaît donc contradictoire de prescrire un traitement, l'activité physique, à un patient en ALD et que celui-ci ne soit pas remboursé.

L'Académie de médecine recommandait le financement de l'activité physique sur prescription par la sécurité sociale et les mutuelles ⁽⁵⁶⁾⁽⁶⁵⁾. Pour elle, les patients devraient se sentir mieux et les dépenses de santé devraient donc diminuer. Le financement permettrait de surcroît de lutter en partie contre les inégalités sociales de santé. Des modulations du remboursement pourraient être mises en place en fonction des revenus comme cela se fait dans le dispositif de Strasbourg.

Un institut national pourrait être créé regroupant les différents financeurs potentiels : l'État, les caisses d'assurance maladie, le monde du sport, les assurances complémentaires, les collectivités locales ou encore les entreprises privées intéressées. L'État ne peut pas assurer seul le remboursement et chacun de ces acteurs pourrait trouver de l'intérêt à s'investir. Certaines mutuelles proposent déjà le remboursement de l'activité physique sur prescription dans des cas précis.

Pour inciter les médecins à prendre le temps d'aborder le sujet de l'activité physique avec leurs patients, une revalorisation de la consultation médicale devrait être envisagée. Les médecins sont freinés par le temps, comme ils nous l'ont rappelé. Une revalorisation du tarif, comme cela s'est fait récemment pour les consultations de patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de première prescription de contraception, pourrait les inciter à prendre ce temps.

4. Implication des patients

Comme le démontre une étude britannique de 2004, le meilleur moyen pour augmenter le niveau d'activité physique des patients est de donner des conseils oraux avec une prescription écrite et une brochure explicative ⁽¹⁰⁸⁾. Afin d'optimiser la prise en charge, nous avons réalisé une ébauche de brochure qui pourrait être utilisée dans le cadre du dispositif. Celle-ci a été réalisée à partir du document ONAPS ⁽²⁾, du document INSERM ⁽²⁵⁾, le programme PAPRICA ⁽⁴⁶⁾, le site manger-bouger.fr ⁽¹⁰⁹⁾ et les recommandations du club des cardiologues du sport (Annexe N°III).

Cette ébauche a été transmise à la municipalité de Villeurbanne et se trouve en annexe N°VIII.

Remise avec l'ordonnance du dispositif et quelques conseils oraux, elle permettrait une prise en charge optimale des patients.

5. Mesures parallèles au dispositif

a. Les écrans et les applications

Le temps passé devant les écrans est important ⁽²⁾. La réduction du temps à les consulter et une meilleure utilisation de celui-ci doivent être encouragés. On voit apparaître sur les smartphones et les ordinateurs des applications à visée sportive. Celles-ci permettent un suivi et proposent des objectifs et des programmes pour différentes disciplines. Même si ces programmes ne peuvent se substituer à une consultation médicale et à une pratique encadrée avec des professionnels, ils apportent une aide supplémentaire. Une revue de littérature en 2016 montrait que ces applications permettaient à un niveau modéré de promouvoir l'activité physique ⁽¹¹⁰⁾. Les individus indiquaient préférer avoir recours à leur application qu'à un coach professionnel. Se pose donc la question de travailler à l'élaboration d'une application validée, réalisée en partenariat avec les professionnels de santé, afin de toucher la population ne souhaitant pas avoir recours à des professionnels du métier. La ville de Lyon vient par exemple de sortir une application `enform@Lyon` [®] qui propose 11 parcours santé de difficultés différentes ponctués d'exercices de renforcements musculaires et de commentaires audios sur les lieux parcourus ⁽¹¹¹⁾. Le partenariat avec le Grand Lyon existant, et bénéficiant déjà du support, la Ville n'aurait qu'à créer des parcours, et les inclure dans l'application. À ce jour, la municipalité n'envisage pas de travailler sur cette piste qui permettrait de toucher un public plus large. Des désaccords politiques entre les deux municipalités constitueraient un frein au développement d'un projet commun de santé publique.

Les réseaux sociaux doivent par ailleurs être utilisés. Aujourd'hui, il s'agit de l'une des sources d'information principale qui permettrait de transmettre des messages de santé publique et de faire connaître le dispositif.

b. Les déplacements actifs

Les déplacements actifs doivent être recommandés auprès de la population. Ils pourraient même être prescrits sur ordonnance. Une étude de 2015 réalisée à Barcelone étudiait l'effet des déplacements en vélo ou à pied sur la santé ⁽¹¹²⁾. Les bénéfices des déplacements actifs étaient supérieurs aux risques associés à l'exposition aux polluants atmosphériques et aux accidents de la circulation. Cela est aujourd'hui remis en cause. Une publication du Lancet en

2017 retrouvait que la pollution, tout type confondu, serait responsable de 9 millions de décès par an ⁽¹¹³⁾ et en ferait donc la première cause de mortalité évitable dans le monde.

Cependant, la poursuite de la création de pistes cyclables sécurisées et le développement du réseau de vélos en location doivent être encouragés pour pérenniser les efforts développés ces dernières années ⁽⁷¹⁾.

c. Promouvoir l'alimentation

Les activités physiques doivent être associées à une prise en charge alimentaire. C'est ainsi qu'avait été lancée la campagne « Manger Bouger » ⁽¹⁰⁹⁾. Les infirmières du dispositif action de santé libérale en équipe (ASALEE) pourraient être impliquées dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. Une alimentation équilibrée associée à l'activité physique permet de stabiliser le poids dans les suites d'une perte et évite d'en reprendre.

d. Quelques freins facilement levés :

Quelques freins peuvent être facilement levés ⁽¹¹⁴⁾.

Le coût de l'équipement ou d'accès à une structure peut être réduit. Par exemple, se déplacer en marchant au lieu de prendre la voiture est un élément facile : cela ne coûte rien et correspond à une activité sans véritable risque. Le chiffre de 10 000 pas par jour, habituellement retenu, doit être adapté à chaque patient ⁽¹³⁾. Cela dépend en effet de l'âge, du niveau d'activité physique, de la pathologie. Ainsi, quelqu'un de sédentaire, ne pourra pas réaliser immédiatement cet objectif qui est celui d'une personne physiquement active. Le nombre de pas devra être augmenté progressivement en fixant des objectifs réalisables. Par ailleurs, les balades dans les parcs, les parcours santé, l'utilisation d'escaliers au lieu de l'ascenseur ou encore le port des courses sont des activités physiques et celles-ci n'engendrent pas le moindre coût.

Concernant le manque de temps, l'OMS recommande 30 minutes d'activité modérée 5 jours par semaine afin d'améliorer son état de santé et rester en forme. Quand on voit que la moyenne de temps passé devant les écrans est de 3 heures 30 minutes par jour pour un adulte ⁽²⁾, y soustraire 30 minutes pour réaliser une activité paraît réalisable. D'autant plus que cette activité peut être fractionnée sur la journée. Descendre du bus ou du métro un ou deux arrêts avant la destination pour finir à pied peut déjà contribuer à ces activités.

V. Perspectives nationales

Lors de la campagne présidentielle de 2017, Emmanuel Macron a fait 2 promesses : rembourser les licences sportives aux personnes en mauvaise santé et construire 500 maisons sport santé en France.

Le 26 septembre 2017 a eu lieu, à l'Assemblée Nationale, une commission des affaires culturelles et des affaires sociales sur l'activité physique sur prescription ⁽⁹³⁾. Le Pr Buzyn, ministre de la Solidarité et de la Santé, et Mme Flessel, ministre des Sports, y participaient. La volonté de créer des maisons sport santé a été réaffirmée. Leurs buts seraient de réunir les professionnels du sport et les personnes inactives et/ou sédentaires pour leur proposer de l'activité physique adaptée. L'intérêt de ces maisons sera à évaluer, leur fonctionnement nécessitant un budget qui pourrait être utilisé pour le financement des activités des patients.

Plusieurs travaux en cours ont été annoncés : un état des lieux des pratiques de sport santé en France pour identifier les actions prioritaires à mener ; un travail avec l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) pour déterminer l'impact des activités physiques sur les budgets des pays de l'UE ; un programme d'aide à la prescription d'activité physique adaptée par la HAS ; un plan de santé publique avec des actions de promotion de l'activité physique en prévention primaire et secondaire. Ces divers travaux devraient rendre leurs conclusions au cours du 1^{er} trimestre 2018. Ils devraient donner un nouvel élan au développement des dispositifs et leur permettre de s'homogénéiser.

Le financement des dispositifs a été évoqué au cours de cette réunion. Bien que rien ne soit décidé pour le moment, la ministre de la Santé a laissé entendre que certaines activités pourraient être remboursées dans le futur. Le remboursement serait conditionné pour chaque ALD par des études scientifiques de haut niveau de preuve démontrant l'intérêt thérapeutique de l'activité physique. Néanmoins ce financement ne devra pas être exclusivement fait par la sécurité sociale et ne concernera pas la prévention primaire.

Enfin, d'autres pistes ont été évoquées : améliorer la formation universitaire sur le sujet, tout comme celle des médecins qui prescrivent, revoir la place de l'activité physique à l'école, travailler avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), promouvoir le rôle des éducateurs APA et les introduire dans les maisons de santé pluridisciplinaires ou encore développer la promotion de l'activité physique chez les femmes qui pratiquent moins que la population masculine.

VI. Projet villeurbannais

1. Présentation du projet

A la suite de notre travail, une nouvelle réunion a eu lieu le 7 novembre 2017 à Villeurbanne pour présenter le projet. Elle a réuni 5 des 6 médecins interrogés, la directrice de thèse, les membres du service des sports villeurbannais ainsi que le Dr Colom et Mme Bernard de la direction de la santé. Une sociologue, Claire Perrin, enseignante à l'université Lyon1, participait également dans l'objectif de conduire une évaluation du programme.

Camille Parente, éducateur APA recruté pour ce projet par la municipalité, a présenté la proposition villeurbannaise qui se trouve en annexe N°IX. Cette réunion a permis d'en valider les principes avec les médecins participants.

Les patients seront pris en charge dans le dispositif pour une durée de un an. Une phase test initiale de la même durée a été décidée afin d'adapter le dispositif. Un nombre approximatif de 50 patients a été retenu pour débiter. Seuls les médecins ayant participé à l'élaboration du dispositif pourront orienter leurs patients durant cette période. Une fois la phase test terminée, le dispositif s'élargira aux autres médecins de Villeurbanne.

La population cible retenue correspond aux personnes « éloignées » de la pratique d'activité physique. Cela comprend les personnes n'ayant jamais pratiqué d'activité sportive, qui se sentent mal dans leur corps, qui détestent le sport, qui n'ont pas les moyens financiers de pratiquer, qui ont peur de pratiquer ou encore qui sont réticentes au vu de leur maladie. Ces personnes « éloignées » devront être atteintes d'une pathologie cardiovasculaire, d'un diabète de type 2 ou d'un cancer colorectal ou du sein et reconnues en ALD.

Le médecin devra évaluer les limitations du patient. Il pourra s'aider d'un livret médecin, que la municipalité a réalisé, reprenant les grilles d'évaluations des limitations publiées dans la circulaire ⁽⁶⁸⁾.

La motivation du patient ne doit pas être prise en compte pour réaliser la prescription. Le patient répondant aux critères doit être orienté et sa participation ou non-participation sera évaluée.

Le médecin rédigera un certificat de prescription, inspiré de celui de la circulaire, qui se trouve en annexe N°X.

Plusieurs parcours sont proposés en fonction de l'état de base du patient :

- Les patients ayant des limitations fonctionnelles sévères ne pourront pas être inclus dans le dispositif à contrario de ce qui est préconisé par le décret ⁽⁶⁷⁾.

- Les patients sans aucune limitation fonctionnelle pourront être orientés par le médecin vers une association ou structure sportive. Celle-ci prendra en charge le patient et effectuera un retour au médecin. Il n'y a pas de prise en charge financière prévue pour ce parcours. La réalisation d'un certificat médical de non contre indication à la pratique sportive en plus du certificat de prescription dépendra des exigences de la structure vers laquelle le patient sera orienté.

- Les patients présentant des limitations fonctionnelles minimales ou modérées se verront remettre un flyer, en plus du certificat de prescription. La réalisation d'un certificat de non contre-indication ne sera pas nécessaire. Elaboré par la municipalité, le flyer reprend les grandes étapes du dispositif et donne les coordonnées de l'éducateur APA. Les patients devront alors prendre rendez-vous avec lui.

L'éducateur réalisera un bilan recueillant plusieurs éléments : des paramètres physiologiques (poids, IMC, masse grasse, tension artérielle, périmètre abdominal, fréquence cardiaque au repos, saturation en oxygène de repos), réalisation d'un test de marche de 6 minutes, de tests d'endurance musculaire (Sorensen, Shirado, endurance quadriceps), de tests d'équilibre (test de Romberg, station unipodale, Get Up and Go Test), de tests de souplesse (test de Schober, souplesse membres supérieurs), la réalisation de questionnaires (Ricci & Gagnon pour la quantité d'activité physique, SF-36 pour la qualité de vie)

Cette rencontre sera également l'occasion de faire le point sur la motivation du patient. A l'issue de ce bilan initial, l'éducateur orientera les patients. S'ils ne nécessitent pas un accompagnement rapproché, ils pourront être orientés vers une structure sportive ou une association. Dans le cas contraire, ils bénéficieront d'activités physiques adaptées animées par l'éducateur. Deux séances auront lieu par semaine. Chaque séance durera une heure et se fera en groupe de 5 à 15 personnes. Les activités proposées seront la marche, la marche nordique, la natation, l'aquagym, la relaxation/sophrologie, du renforcement musculaire, une initiation au vélo, des ateliers équilibre/coordination. Des ateliers de thèmes divers seront proposés en sus avec pour thème l'alimentation, le sommeil ou encore l'hygiène de vie.

Tous les patients ayant bénéficié d'une évaluation initiale par l'éducateur APA de la municipalité, bénéficieront d'un suivi régulier assuré par celui-ci. Il aura lieu à 1, 3 et 6 mois avant de réaliser un bilan final à 1 an pour amener le patient vers une pratique autonome dans une structure associative ou sportive.

Tous les ateliers, activités et bilan réalisés par l'éducateur APA seront gratuits pour les patients. L'éducateur APA a été embauché par la municipalité de Villeurbanne au vu de la forte demande des médecins.

Les patients rentrant dans le dispositif se verront remettre un livret patient. Celui-ci rappelle les principes et étapes du dispositif et les effets bénéfiques de l'activité physique. Il comprend également une charte d'engagement à signer par le patient et l'éducateur ainsi qu'une partie « suivi et bilan » pour que le patient puisse noter son évolution et que les informations puissent remonter au médecin.

La municipalité travaille actuellement avec son service informatique à une méthode d'échange d'informations dématérialisées entre les médecins et l'éducateur APA. Cela permettra de faire le point sur le nombre de patients inclus dans le dispositif adressés par chaque médecin, d'indiquer lorsque le nombre maximal de patients est atteint ou encore d'échanger des informations confidentielles sur le suivi par le biais d'une messagerie sécurisée.

Le début de l'expérimentation a eu lieu en décembre 2017 et les premières activités en janvier 2018.

Le but du dispositif est d'amener le patient à augmenter son niveau d'activité physique et à l'amener vers l'autonomie quelque soit le parcours.

2. Réflexion sur le projet

Le dispositif mis en place par Villeurbanne répond à une partie des attentes des médecins. Le recrutement d'un éducateur APA était l'un des besoins principaux. Cela va permettre au médecin de déléguer la tâche d'évaluation et de suivi du patient en levant le frein du temps. Les patients seront pris en charge gratuitement par cet éducateur, autre demande primordiale des médecins.

Un annuaire référençant les différentes offres des associations et clubs, en fonction des quartiers, a été réalisé et facilitera la tâche d'orientation pour les patients autonomes.

Une analyse prospective du dispositif est prévue en partenariat avec l'université de Lyon1. Cela permettra de déterminer le taux de participation et de suivi des patients des différents parcours, leur évolution ou encore leur devenir à la fin de la prise en charge afin d'adapter au mieux le dispositif pour son déploiement sur toute la ville.

Certaines questions restent en suspens.

Les patients avec des limitations sévères sont exclus du dispositif. Les médecins leur réaliseront-ils malgré tout des prescriptions auprès des kinésithérapeutes, psychomotriciens ou ergothérapeutes comme cela est prévu dans le décret ou seront-ils oubliés ? Quoi qu'il en soit, ces professionnels sont peu nombreux sur Villeurbanne et semblent déjà bien occupés.

Les patients sans limitation adhèreront-ils vraiment au dispositif ? Ils seront directement orientés vers une structure sans bénéficier d'une prise en charge financière. Par ailleurs, est-ce que les structures vers lesquelles ils seront orientés feront un retour au médecin comme cela est prévu dans la loi ?

Les médecins se sentiront ils aptes à remplir la prescription et à indiquer les limitations des patients ? Les référentiels de prescription et notamment les fiches Vidal[®] seront à évaluées, tout comme la nécessité de former les médecins.

Comment évoluera le dispositif à l'issue de la phase test ? La municipalité de Villeurbanne est fortement impliquée dans ce projet mais ne peut pas assurer seule la charge financière. Elle ne prévoit pas pour le moment le recrutement d'autres éducateurs APA et aucun autre financeur n'a été trouvé jusqu'ici. Élargir le dispositif à l'ensemble des médecins paraît donc difficilement envisageable. L'éducateur se retrouverait dans l'impossibilité de traiter l'ensemble des demandes et les prescripteurs pourraient alors abandonner le dispositif.

D'autre part, est-ce que les autres médecins de la municipalité seront intéressés par ce dispositif ? Ils pourraient se sentir lésés de ne pas pouvoir adresser de patient lors de cette phase test. Une communication auprès d'eux sera indispensable.

La phase test permettra de recueillir les avis des différents acteurs, médecins, éducateur et patients afin de faire évoluer le dispositif. L'analyse conjointe réalisée par l'université de Lyon1 sera déterminante. Les résultats des différents travaux en cours au niveau national apporteront également des précisions sur l'avenir des programmes d'activité physique sur prescription. Reste à voir si les patients adhèreront au dispositif. L'année 2018 s'annonce riche.

Nom, prénom du candidat : Tissot Florian

CONCLUSIONS

En France, l'obésité et la sédentarité croissent de manière concomitante aux pathologies chroniques. Les instances publiques se sont saisies du problème et la prescription d'activité physique a été inscrite dans la loi du 26/01/2016 de modernisation du système de santé. Dans ce contexte, la municipalité de Villeurbanne a souhaité proposer un dispositif facilitant pour les médecins libéraux la prescription de l'activité physique.

L'objectif de notre travail était de contribuer à l'élaboration de ce dispositif. Nous avons exploré les représentations et les besoins des médecins libéraux villeurbannais intéressés sur ce type de prescription au moyen d'une étude qualitative par focus groupe et entretiens individuels. Dans un deuxième temps, en concertation avec la mairie et les médecins, le dispositif a été mis en place.

Les médecins faisaient la différence entre activité physique et sport. Les freins majeurs décrits par les médecins à la prescription d'activité physique étaient :

- Le manque de temps lors des consultations (raison pour laquelle ils souhaitaient orienter leurs patients vers un autre professionnel).
- Le manque de motivation des patients.
- La charge financière pour les patients.

Ils attendaient un « annuaire » des différentes offres existantes. Ils souhaitaient des dispositifs adaptés à la vie quotidienne (possibilité d'activité en fin de journée et de semaine, activités à domicile pour les patients peu mobiles) et une collaboration avec les communes limitrophes. A partir de ce travail, la municipalité a pu élaborer un dispositif. Un éducateur APA a été recruté, un « annuaire » réalisé et les patients nécessitant un accompagnement seront pris en charge gratuitement pendant un an. Une phase test a été débuté en décembre 2017 avec les médecins ayant participé à l'élaboration du projet et devrait inclure une cinquantaine de patients. Des éléments restent à préciser comme les référentiels de prescription pour les médecins, l'information des professionnels et du grand public, l'adhésion des patients autonomes ou avec des limitations sévères. Nous avons élaboré des fiches d'aide à la prescription d'activité physique portant sur les patients diabétiques et les patients atteints de cancers colorectaux et sein.

De nombreux travaux sont en cours au niveau national et devraient apporter en 2018 des précisions sur l'avenir de l'activité physique sur prescription. Par ailleurs, le dispositif villeurbannais va bénéficier d'une évaluation prospective en collaboration avec l'université Lyon1. Cela permettra de déterminer les modifications à réaliser avant l'extension du dispositif à l'ensemble de la municipalité.

Aucun autre financement n'est prévu pour le moment, et la municipalité n'envisage pas de recruter d'autres éducateurs APA. L'avenir du dispositif est donc incertain et sera à réévaluer à la fin de la phase test.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature

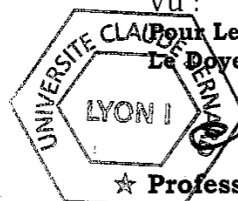
Pr Erpeldinger Sylvie


UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1
Docteur Sylvie ERPELDINGER
Professeur

de Médecine Générale

Vu :

Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



★

Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 18 DEC. 2017

BIBLIOGRAPHIE

1. INVS. L'Etat de Santé de la Population en France, Rapport 2017 [Internet]. 2017. Available from: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Synthese.pdf
2. Praznocy C, Lambert C, Pascal C. État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France - Édition 2017, Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité – Rapport. 130 pages. 2017.
3. OMS | Obésité et surpoids [Internet]. WHO. [cited 2017 Jul 26]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
4. Dr Breda J. Proportion of overweight and obese males and females to increase in most European countries by 2030, say latest projections by WHO [Internet]. 2015. Available from: <http://nhfshare.heartforum.org.uk/RMAssets/NHFMediaReleases/2015/ECO2015WEDSPRESSWHO4.pdf>
5. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*. 2012 Jul 27;380(9838):219–29.
6. Wen CP, Wu X. Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. *Lancet*. 2012 Jul 21;380(9838):192–3.
7. European Commission. Eurobarometer, Sport and physical activity. 2014 Mar.
8. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*. 2012 Jul 27;380(9838):247–57.
9. INSEE. Tableaux de l'Economie Française - Edition 2016 - INSEE Références - Emploi par Activités [Internet]. 2016. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906677?sommaire=1906743#titre-bloc-3>
10. Lepp A, Barkley JE, Sanders GJ, Rebold M, Gates P. The relationship between cell phone use, physical and sedentary activity, and cardiorespiratory fitness in a sample of U.S. college students. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2013 Jun 21;10:79.
11. Tomkinson GR, Annandale M, Ferrar K. Abstract 13498: Global Changes in Cardiovascular Endurance of Children and Youth Since 1964: Systematic Analysis of 25 Million Fitness Test Results from 28 Countries. *Circulation*. 2013 Nov 26;128(Suppl 22):A13498–A13498.
12. Le niveau d'activité physique ou sportive des Français : résultats du baromètre 2016 et bilan de 5 ans d'étude [Internet]. Attitude Prévention. 2017 [cited 2017 Aug 11]. Available from: <http://www.attitude-prevention.fr/donnees-chiffrees/barometre-activite-physique-sportive-francais-2016>
13. Tudor-Locke C, Craig CL, Brown WJ, Clemes SA, De Cocker K, Giles-Corti B, et al. How many steps/day are enough? for adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2011;8:79.
14. Prentice AM, Jebb SA. Obesity in Britain: gluttony or sloth? *BMJ*. 1995 Aug 12;311(7002):437–9.
15. Combris P (INRA, Soler LG (INRA. Consommation alimentaire : tendances de long terme et questions sur leur durabilité. 2011 [cited 2017 Aug 11]; Available from: <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=FR2014000301>

16. AMELI. Prévalence des ALD en 2015 [Internet]. 2016. Available from: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2015.php>
17. AMELI. Prévalence des ALD au 31 Décembre 2008 [Internet]. 2008. Available from: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-au-31-decembre-2008.php>
18. Rieu M. La santé par le sport : une longue histoire médicale. La revue pour l'histoire du CNRS. 2010 Nov 30;(26):30–5.
19. Global Observatory for Physical Activity | “More of the same is not enough” [Internet]. [cited 2017 Dec 22]. Available from: <http://www.globalphysicalactivityobservatory.com/>
20. ONAPS. Document de présentation de l’ONAPS [Internet]. 2015. Available from: http://www.onaps.fr/data/documents/Vrai_Onaps_doc_presentation_vf.pdf
21. OMS. Stratégie sur l’activité physique pour la Région européenne de l’OMS 2016-2025 [Internet]. 2015. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/283807/65wd09f_PhysicalActivityStrategy_150474_withCover.pdf
22. Morris JN, Crawford MD. Coronary Heart Disease and Physical Activity of Work. Br Med J. 1958 Dec 20;2(5111):1485–96.
23. OMS. Recommandations mondiales sur l’activité physique pour la santé [Internet]. 2010. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommandations/fr/
24. ANSES. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l’activité physique et à la sédentarité [Internet]. 2016. Available from: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
25. INSERM. Expertise Collective, Activité Physique, Contextes et effets sur la santé [Internet]. 2008. Available from: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>
26. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand J Med Sci Sports. 2015 Dec 1;25:1–72.
27. HAS. Promotion et prescription d’une activité physique adaptée - les adultes atteints d’une maladie chronique et les personnes âgées [Internet]. 2015. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/7._activite_physique_adaptee_as_v2.pdf
28. ISCA/Cebr. The economic cost of physical inactivity in Europe [Internet]. 2015 Juin. Available from: [http://inactivity-time-bomb.nowwemove.com/download-report/The%20Economic%20Costs%20of%20Physical%20Inactivity%20in%20Europe%20\(June%202015\).pdf](http://inactivity-time-bomb.nowwemove.com/download-report/The%20Economic%20Costs%20of%20Physical%20Inactivity%20in%20Europe%20(June%202015).pdf)
29. Davant Jean Pierre, Les Echos. Le sport, une révolution pour l’économie de la santé [Internet]. lesechos.fr. 2013 [cited 2017 Aug 11]. Available from: http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2013/05/16/cercle_72609.htm
30. MEDEF, CNOSF, AG2R. Etude de l’impact économique de l’Activité Physique et Sportive (APS) sur l’entreprise, le salarié et la société civile - Synthèse - [Internet]. 2015. Available from: <http://www.medef.com/medef-corporate/salle-de-presse/communiqués-de-presse/communiqués-de-presse/back/67/article/le-medef-le-cnosp-et-ag2r-la-mondiale-devoient-la-premiere-etude-sur-limpact-economique-de-1.html>
31. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with

- mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *The Lancet*. 2016 Sep 30;388(10051):1302–10.
32. Code du sport - Article L231-2. Code du sport.
 33. Décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016 modifiant les conditions de renouvellement du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport. 2016-1387 Oct 16, 2016.
 34. SFMES. Fiche d'examen médical de non contre indication apparente à la pratique d'un sport [Internet]. Available from: https://www.sfm.es.org/images/sfm.es/pdf/Visite_NCI.pdf
 35. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 Jan 26, 2016.
 36. Club des Cardiologues du Sport. Certificat de non contre indication au sport [Internet]. Available from: http://www.clubcardiosport.com/documentation/00-Revue_cardio&sport/20/CERTIFICAT_DE_NON_CONTRE-INDICATION.pdf
 37. Sharma S, Merghani A, Mont L. Exercise and the heart: the good, the bad, and the ugly. *Eur Heart J*. 2015 Jun 14;36(23):1445–53.
 38. Véléa D. L'addiction à l'exercice physique, Abstract. *Psychotropes*. 2002;8(3):39–46.
 39. Thélot B, Pédrone G, Perrine AL, Richard JB, Ricard C, Rigou A, et al. Épidémiologie des accidents traumatiques en pratique sportive en France. *Bull Epidémiol Hebd* 2015;(30-31):580-9 [Internet]. Available from: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/30-31/2015_30-31_5.html
 40. IOC Consensus Statement on the Female Athlete Triad - Olympic News [Internet]. International Olympic Committee. 2016 [cited 2017 Oct 11]. Available from: <https://www.olympic.org/news/ioc-consensus-statement-on-the-female-athlete-triad>
 41. La mort subite du sportif et sa prévention | Académie nationale de médecine [Internet]. [cited 2017 Oct 10]. Available from: <http://www.academie-medecine.fr/publication100036198/>
 42. Sabia S, Dugravot A, Dartigues J-F, Abell J, Elbaz A, Kivimäki M, et al. Physical activity, cognitive decline, and risk of dementia: 28 year follow-up of Whitehall II cohort study. *BMJ*. 2017 Jun 22;357:j2709.
 43. IFOP, Swiss Life. Les médecins généralistes et la prescription d'activités physiques - Etude réalisée auprès de médecins généralistes libéraux [Internet]. 2015. Available from: http://www.ifop.fr/media/poll/3187-1-study_file.pdf
 44. Leijon ME, Stark-Ekman D, Nilsen P, Ekberg K, Walter L, Ståhle A, et al. Is there a demand for physical activity interventions provided by the health care sector? Findings from a population survey. *BMC Public Health*. 2010 Jan 25;10(1):34.
 45. Green Prescriptions [Internet]. Ministry of Health NZ. [cited 2017 Aug 17]. Available from: <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions>
 46. PAPRICA [Internet]. PAPRICA. [cited 2017 Aug 17]. Available from: http://www.paprica.ch/WP_1/
 47. WHO Europe, European Commission. Sweden Physical Activity Factsheet [Internet]. 2016. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/288126/SWEDEN-Physical-Activity-Factsheet.pdf
 48. Bringedal B, Aasland OG. [Doctors' use and assessment of a fee-for-service life-style advice scheme]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006 Apr 6;126(8):1036–8.

49. Strasbourg EuroMétropole. Sport Santé sur Ordonnance à Strasbourg [Internet]. Available from: <http://www.strasbourg.eu/vie-quotidienne/solidarites-sante/sante/sport-sante-sur-ordonnance-a-strasbourg>
50. Ville de Boulogne sur Mer. Sport Santé sur Ordonnance - Boulogne sur Mer [Internet]. 2015. Available from: <https://www.ville-boulogne-sur-mer.fr/actualites/579-sante-faites-du-sport-sur-ordonnance>
51. CDOS Savoie, Agence Ecomobilité, Maison des réseaux de santé de Savoie. Bouger sur Prescription [Internet]. 2014. Available from: <http://www.bougersurprescription.fr>
52. Ville de Biarritz. Côte Basque Sport Santé [Internet]. 2009. Available from: <http://cotebasquesportsante.fr>
53. CNOSF, SFMES, Fondation du Sport Français - Henri Sérandour. Médicosport-Santé, Le dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives [Internet]. 2017. Available from: <http://cnosf.franceolympique.com/cnosf/fichiers/File/Medical/Medicosport/medicosport-sante.pdf>
54. Sentez-vous sport [Internet]. FranceOlympique.com. [cited 2017 Aug 11]. Available from: [URL_FB]
55. Depiessé F, Coste O. Prescription des activités physiques en prévention et en thérapeutique. Elsevier Masson; 2016. 544 p.
56. Les activités physiques et sportives — la santé — la société | Académie nationale de médecine [Internet]. [cited 2017 Aug 8]. Available from: <http://www.academie-medecine.fr/publication100100110/>
57. IREPS (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) Rhône-Alpes. Activité physique. Mieux connaître et prendre en compte les motivations des publics à la pratique d'activités physiques: repères pour les professionnels [Internet]. Lyon: Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Rhône-Alpes; 2010. 12 p. Available from: http://education-sante-ra.org/publications/2010/guide_motivs_actphy.pdf
58. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. 2011. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
59. Anis J. Analyse des freins à la prescription des activités physiques chez les médecins généralistes picards. 2015 Dec 16;63.
60. Lesage C. Facteurs de résistance à la prescription d'activité physique sur ordonnance: enquête auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2016.
61. McKenna J, Naylor PJ, McDowell N. Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. British Journal of Sports Medicine. 1998 Sep 1;32(3):242–7.
62. 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. Science & Sports. 2015 Apr 1;30(2):66–73.
63. INSERM. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées [Internet]. [cited 2017 Dec 21]. Available from: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees>
64. Dr RADEL A. Journées de la Prévention INPES - Une histoire récente du "sport santé", 50 ans de campagnes de prévention par l'activité physique [Internet]. 2013. Available from: http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2013/1_-_RADEL.pdf

65. 09-03 Sport et santé | Académie nationale de médecine [Internet]. [cited 2017 Aug 8]. Available from: <http://www.academie-medecine.fr/publication100035965/>
66. AMELI. Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ? [Internet]. [cited 2017 Aug 2]. Available from: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
67. 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 décembre, 2016.
68. INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81. Mar 3, 2017.
69. INSEE. Populations Légales 2014, Recensement de la population - Régions, départements, arrondissements, cantons et communes [Internet]. 2017. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2525768#documentation-sommaire>
70. Balises - ORS Rhône-Alpes. Observation Locale en Santé [Internet]. 2016. Available from: http://www.balises-rhone-alpes.org/pages/obs_loc/interrogation.php
71. La Métropole GRAND LYON. Plan D'actions Pour Les Mobilités Actives De La Métropole De Lyon - Dossier De Presse 2016 [Internet]. 2016. Available from: https://www.grandlyon.com/fileadmin/user_upload/media/pdf/espace-presse/dp/2016/20160502_dp_plan-actions-modes-actifs.pdf
72. admin. Villeurbanne Ville-Santé | Réseau français des Villes-Santé de l'OMS [Internet]. [cited 2017 Aug 2]. Available from: <http://www.villes-sante.com/villes-du-reseau/villeurbanne/>
73. Strasbourg Eurométropole. Les 1ères Assises Européennes du Sport Santé sur Ordonnance - Les Actes [Internet]. 2015. Available from: <http://www.strasbourg.eu/vie-quotidienne/solidarites-sante/sante/sport-sante-sur-ordonnance-a-strasbourg/assises-europeennes-sport-sante-sur-ordonnance>
74. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *exercer* 2009;87:74-9. :N° 87-Pages 74 à 79.
75. Jacques C, Farge T. La prescription d'activité physique par les médecins généralistes: étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. Lyon, France; 2017.
76. 50 bonnes pratiques pour enseigner les APA - Grégory Ninot, Magali Partyka [Internet]. [cited 2017 Oct 7]. Available from: <https://www.decitre.fr/livres/50-bonnes-pratiques-pour-enseigner-les-apa-9782867133428.html>
77. Masson E. Sport sur ordonnance, comment faire ? [Internet]. EM-Consulte. [cited 2017 Oct 7]. Available from: <http://www.em-consulte.com/article/1131016/sport-sur-ordonnance-comment-faire>
78. Cancio Pastor H. Mesure de l'impact a un an de la prescription d'activité physique sur la morbi-mortalité de patients atteints de pathologies chroniques inscrits dans le dispositif "sport sur ordonnance" de Blagnac entre novembre 2013 et novembre 2016 [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cited 2017 Oct 18]. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1789/>
79. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique: enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
80. Vuillemin A, Speyer E, Simon C, Ainsworth B, Paineau D. Revue critique des questionnaires d'activité physique administrés en population française et perspectives de développement. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. 2012 Nov;47(5):234-41.

81. OMS. Santé Mentale et Vieillessement [Internet]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
82. Lacaille-Jauvis M. Opinions et pratiques des médecins généralistes concernant la promotion de l'activité physique et sa prescription sur ordonnance [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2015.
83. Lubin R. Représentations de l'activité physique et de sa prescription chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire: Etude qualitative par entretiens individuels [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2015.
84. Gaume C. Les déterminants de la prescription écrite d'activité physique par les médecins généralistes héraultais en 2016: une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
85. Toupont P. Freins à la pratique d'activité physique régulière chez les patients à risque cardiovasculaire: Etude activité physique en soins primaires (APSP) [Thèse d'exercice]. UPEC. Faculté de médecine; 2013.
86. Reinert-Giraud C. Comment résoudre les difficultés de prescription de l'activité physique sur ordonnance?: étude qualitative auprès de neuf médecins chambériens de l'expérimentation "Bouger sur prescription" [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
87. HAS. Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient [Internet]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_attitudes_stade_changement_patient.pdf
88. Pr Becchio M. Memo HAS L'entretien Motivationnel [Internet]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf
89. Marcus BH, Goldstein MG, Jette A, Simkin-Silverman L, Pinto BM, Milan F, et al. Training Physicians to Conduct Physical Activity Counseling. *Preventive Medicine*. 1997 May 1;26(3):382–8.
90. DREES (Direction de la Recherche des Etudes et des Evaluations Statistiques). La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. 2002. Available from: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
91. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale: une étude transversale multicentrique, Factors associated with drug prescription in general practice: a multicentre cross-sectional study. *Santé Publique*. 2015 Aug 24;27(3):353–62.
92. IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance: synthèse générale [Internet]. 2005. Available from: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf
93. Commissions des affaires culturelles et des affaires sociales: Mmes Agnès Buzyn et Mme Laura Flessel, ministres - Mardi 26 septembre 2017 [Internet]. videos.assemblee-nationale.fr. [cited 2017 Oct 25]. Available from: http://videos.assemblee-nationale.fr/video.4905013_59ca5c9a27cb8.commissions-des-affaires-culturelles-et-des-affaires-sociales--audition-de-mme-agnes-buzyn-ministr-26-septembre-2017
94. SSR Centre Bayard. PRACTice – Programme de Réadaptation Après Cancer Traité [Internet]. Available from: <http://www.ssr-bayard.fr/filieres-soin/prises-en-charge-innovantes/practice-2/>
95. Ballay N. Etat des lieux de la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes dans le Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2014.

96. Vallance JK, Wylie M, MacDonald R. Medical students' self-perceived competence and prescription of patient-centered physical activity. *Preventive Medicine*. 2009 Feb;48(2):164–6.
97. Institut National du Cancer. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques [Internet]. 2017. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Activite-physique/Activite-physique-et-traitement-des-cancers>
98. Rapport du Groupe de Travail Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? [Internet]. 2016. Available from: https://www.sfmes.org/images/Documents_Prescription/Rapport_compétences_DGS.pdf
99. NHS London. Physical Activity and Long Term Conditions - A Guide for GPs [Internet]. 2012. Available from: <https://www.livewellsouthwest.co.uk/images/uploads/content/Livewell/physical-activity-GPguide.pdf>
100. Medicine AC of S. Acsm's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 10th Revised edition edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2017. 472 p.
101. Duclos M, Oppert J-M, Vergès B, Coliche V, Gautier J-F, Guezennec C-Y, et al. Activité physique et diabète de type 2: Référentiel de la Société francophone du diabète (SFD), 2011. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2012 Feb 1;6(1):80–96.
102. Ville de Villeurbanne. Annuaire des Associations [Internet]. Available from: http://formulaire.villeurbanne.fr/apps/annuaires/Recherche_Assocs.asp
103. Paris 2024 [Internet]. Available from: <http://www.paris2024.org/fr>
104. Sørensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription in general practice: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2006 Jan 1;24(2):69–74.
105. Weber A, Herzog F, Lecocq J, Feltz A, Pradignac A. P057: « Sport-Santé sur ordonnance ». Évaluation du dispositif strasbourgeois. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2014 Dec;28, Supplement 1:S97–8.
106. Lundqvist S, Börjesson M, Larsson MEH, Hagberg L, Cider Å. Physical Activity on Prescription (PAP), in patients with metabolic risk factors. A 6-month follow-up study in primary health care. *PLOS ONE*. 2017 avr;12(4):e0175190.
107. Abu-Omar K, Rütten A, Burlacu I, Schätzlein V, Messing S, Suhrcke M. The cost-effectiveness of physical activity interventions: A systematic review of reviews. *Prev Med Rep*. 2017 Aug 15;8:72–8.
108. Little P, Dorward M, Gralton S, Hammerton L, Pillinger J, White P, et al. A randomised controlled trial of three pragmatic approaches to initiate increased physical activity in sedentary patients with risk factors for cardiovascular disease. *Br J Gen Pract*. 2004 Mar;54(500):189–95.
109. Manger Bouger [Internet]. Available from: <http://mangerbouger.fr>
110. Coughlin SS, Whitehead M, Sheats JQ, Mastromonico J, Smith S. A Review of Smartphone Applications for Promoting Physical Activity. *Jacobs journal of community medicine* [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 2];2(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.docelec.univ-lyon1.fr/pmc/articles/PMC4811195/>
111. Ville de Lyon. EnForm@Lyon [Internet]. Available from: <http://www.lyon.fr/page/sport/la-pratique-du-sport-au-quotidien/enformlyon.html>

112. de Nazelle A, pour le consortium TAPAS. Transports actifs et santé : programme européen TAPAS et évaluation d'impact sanitaire à Barcelone (Espagne). Bull Epidemiol Hebd 2015;(30-31) :570-9 [Internet]. Available from: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/30-31/2015_30-31_4.html
113. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, Adeyi O, Arnold R, Basu N (Nil), et al. The Lancet Commission on pollution and health. The Lancet [Internet]. 2017 Oct 19 [cited 2018 Jan 6];0(0). Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32345-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32345-0/abstract)
114. OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé - Quelques idées reçues concernant l'exercice physique [Internet]. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_myths/fr/

ANNEXES

I. Définitions retenues par l'ONAPS

Activité physique : tous les mouvements corporels produits par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos. Elle comprend tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités de travail, de déplacements ou de loisirs.

Sport : sous-ensemble de l'activité physique, spécialisé et organisé, consistant en une activité revêtant la forme d'exercices et/ou de compétitions, facilitées par les organisations sportives.

Sédentarité : Il est maintenant largement recommandé de distinguer les activités sédentaires des activités d'intensité légère et de distinguer leurs effets respectifs sur la santé. Une confusion persiste encore entre ces termes d'inactivité et sédentarité :

L'**inactivité** caractérise un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé de 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins 5 fois par semaine, ou de 20 minutes d'activité physique d'intensité élevée au moins 3 fois par semaine.

La **sédentarité** ou « **comportement sédentaire** » est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée (déplacements en véhicule automobile, position assise sans activité autre, ou à regarder la télévision, la position statique debout, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur, toutes les activités réalisées au repos en position allongée (lire, écrire, converser par téléphone, etc.).

Santé : La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adopté par la Conférence internationale sur la Santé en 1946).

II. Exemples d'activité physique en fonction de l'intensité d'après la HAS

Exemples d'activités physiques en fonction de leur intensité

Tableau d'exemples d'activités physiques (marche, vie quotidienne, loisirs, sports) en fonction de leur intensité d'après la Société française de nutrition, 2005

Intensité	Exemples d'activités	Durée
Faible	Marche lente (4 km/h)	45 minutes
	Laver les vitres ou la voiture, faire la poussière, entretien mécanique	
Modérée	Pétanque, billard, bowling, Frisbee, voile, golf, volley-ball, tennis de table (en dehors de la compétition)	30 minutes
	Marche rapide (6 km/h)	
	Jardinage léger, ramassage de feuilles, port de charges de quelques kg	
Élevée	Danse de salon	20 minutes
	Vélo ou natation « plaisir », aqua-gym, ski alpin	
	Marche en côte, randonnée en moyenne montagne	
	Bêcher, déménager	
	Jogging (10 km/h), VTT, natation « rapide », saut à la corde, football, basket-ball, sports de combat, tennis (en simple), squash	

Les durées mentionnées de façon indicative sont celles correspondant à un volume d'activité physique équivalent à 30 minutes d'activité d'intensité modérée

III. Les 10 règles d'or du club des cardiologues du sport

Cœur et activité sportive :



Les 10 règles d'or

« Absolument, pas n'importe comment »

Recommandations édictées par le Club des Cardiologues du Sport

1 Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou tout essoufflement anormal survenant à l'effort*

2 Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort*

3 Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort*

4 Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives

5 Je bois 3 ou 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice, à l'entraînement comme en compétition

6 J'évite les activités intenses par des températures extérieures $< -5^{\circ}\text{C}$ ou $> +30^{\circ}\text{C}$ et lors des pics de pollution

7 Je ne fume pas, en tout cas jamais dans les 2 heures qui précèdent ou suivent ma pratique sportive

8 Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général

9 Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)

10 Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense (plus de 35 ans pour les hommes et plus de 45 ans pour les femmes)

* Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique.

www.clubcardiosport.com

Conception : FREQUENCE GLOBALE - Crédit photographique : Maxton Images

IV. Quel professionnel en fonction des limitations du patient

ANNEXE 4 - TABLEAU DES INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS ET AUTRES INTERVENANTS

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

¹ Concernés à la condition d'intervenir dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire

V. Guide d'entretien

1. Présentation de chaque participant et intervenant
2. Présentation des principes du focus groupe et des règles, présentation du rôle de chacun. Attribution d'un N° à chaque médecin.
3. 5 questions ouvertes :
 - Qu'est-ce que vous pouvez dire de l'activité physique de vos patients ?
 - Antécédent comme un autre?
 - Repérage, systématique ou non ?
 - Trace dans le dossier
 - Comment incitez-vous vos patients à pratiquer une activité physique ?
 - Formel/Informel
 - Quels patients ?
 - Quels retours ?
 - Quelles difficultés ?
 - De quoi avez-vous besoin pour prescrire ou conseiller cette activité ?
 - Les outils nécessaires
 - Sous quelle forme
 - Quelle ordonnance ?
 - Autre ?
 - Qu'est-ce que le décret peut changer à votre pratique ?
 - En quoi la ville peut vous aider, qu'en attendez-vous ?
 - Comment mieux impliquer le patient ?
 - Voudriez- vous ajouter quelque chose ?

Faire une fiche de médecin (nom, prénom, lieu d'exercice, nombre d'année d'exercice, formation spécifique ?, spécialité, adresse e-mail)

Retranscrire la discussion et l'envoyer aux médecins via e-mail pour valider. Puis analyser le travail pour retour aux médecins.

Echange avec présentation de Florian et intervention, réponse

VI. Fiche d'aide à la prescription d'activité physique pour le patient atteint d'un diabète de type 2

Examen clinique et para-clinique préalable

Recueil à l'interrogatoire du niveau actuel et ancien d'activité physique, des freins à la pratique. Réaliser un examen clinique complet. Recherche des complications liées à la maladie. Des examens complémentaires peuvent être pratiqués comme une biologie sanguine et urinaire, un ECG ou encore un fond d'œil.

Une épreuve d'effort devra être réalisée pour :

- les patients âgés de plus de 45 ans qui veulent reprendre une activité physique ;
- les patients de 60 ans ou plus dont le diabète est diagnostiqué depuis plus de 10 ans et présentant au moins deux facteurs de risque cardiovasculaire ;
- les patients présentant une artériopathie des membres inférieurs, et/ou un athérome carotidien, et/ou un antécédent d'accident vasculaire cérébral ;
- les patients présentant une protéinurie ou une insuffisance rénale ;
- les patients présentant deux facteurs de risque et une micro albuminurie.

Contre-indications générales à l'activité physique

- Une hyperglycémie > 2,5 g/l associée à une cétonurie est une contre-indication du fait du risque de décompensation. Si la cétonurie est absente, l'exercice peut être réalisé ;
- Une glycémie inférieure à 1 g/l doit amener à un sucrage préalable à l'activité. Une hypoglycémie sévère doit faire reporter l'activité physique ;
- Une hémorragie rétinienne en cours ;
- Une neuropathie périphérique avec un ulcère du pied non cicatrisé contre-indique les activités en charge et la natation. Les activités en décharge sont autorisées (vélo...) ;
- Un épisode infectieux en cours.

Contre-indications à l'activité physique intense

- Insuffisance coronarienne ;
- Hypertension artérielle à l'effort (pression systolique supérieure à 240 mmHg ou pression diastolique supérieure à 120 mmHg) ;
- Rétinopathie proliférante ;
- Macro protéinurie.

Recommandations d'activité physique

Le meilleur moment pour utiliser l'effet hypoglycémiant des exercices d'endurance se situe en postprandial

Lutter Contre la sédentarité :

Diminution progressive des activités sédentaires pour arriver à un temps total sédentaire (entre le lever et le coucher) inférieur à 7 heures par jour.

Pendant ces temps sédentaires, des pauses doivent être réalisées d'au moins une minute pendant lesquelles les sujets passent de la position assise ou couchée à la position debout avec une activité physique de faible intensité comme la marche.

Augmenter l'activité physique dans la vie quotidienne :

Privilégier les déplacements à pied, les escaliers par rapport aux ascenseurs ou escalators...

Pratiquer des activités physiques et ou sportives :

- Exercices d'endurance : marche, natation, vélo...

- Fréquence : 3 fois par semaine au minimum, 5 fois si possible, avec pas plus de 2 jours consécutifs sans activité physique (les recommandations sont même d'une activité quotidienne en Grande Bretagne) ;
 - Intensité : au moins modérée (patient pouvant parler pendant l'effort) ;
 - Durée : au minimum 150 minutes par semaine d'activité d'intensité modérée, pratiquée par sessions d'au moins 10 minutes, et réparties dans la semaine ou 75 minutes d'activité intense. La durée des exercices doit être augmentée progressivement suivant la tolérance.
- Exercices contre résistance : renforcement musculaire, yoga, tai chi...
 - Fréquence : 2 à 3 fois par semaine, sur des jours non consécutifs ;
 - Intensité modérée à intense ;
 - Durée : session de 5 à 10 exercices impliquant les principaux groupes musculaires avec réalisation de 8 à 12 répétitions jusqu'à apparition de la fatigue, avec une progression au cours du temps vers des charges plus élevées ;
 - Séries : 3 séries de 8 à 12 répétitions par exercice.
 - Souplesse : stretching, travail d'amplitude...
 - Fréquence : 2 à 3 fois par semaine (si possible tous les jours) ;
 - Durée : 2 à 4 répétitions de 10 à 30 secondes pour chaque exercice.

L'augmentation de l'activité physique se fera d'abord sur la durée, puis la fréquence puis l'intensité.

Des périodes d'échauffement préalable et de retour au calme à la fin des séances sont indiquées.

Complications liées à une activité physique

Complications cardio-vasculaire:

Ischémie myocardique silencieuse, HTA d'effort, hypotension orthostatique, sensibilité aux coups de chaleurs.

Le risque est accru chez le diabétique (1^{ère} cause de morbi-mortalité) surtout pour les efforts intenses, mais il peut être compensé à moyen et long terme par un entraînement régulier.

Nécessité d'une progressivité des charges d'entraînement. Le bénéfice cardiovasculaire est certain et ne doit pas décourager la pratique. Ceux à haut risque ou présentant une hypertension artérielle sévère à l'effort peuvent pratiquer une activité légère à modérée. Un avis auprès des cardiologues peut être demandé en cas de comorbidités. Les patients doivent être informés des signes d'une ischémie silencieuse (dyspnée, douleur du dos...) devant les amener à consulter.

Complications ophtalmologiques :

Décollement de rétine ou hémorragie du vitré en cas de poussée hypertensive sur rétinopathie proliférante ou de choc direct.

Les activités physiques telles que la marche, la natation, l'utilisation de vélo d'appartement sont autorisées peu importe le stade de rétinopathie.

Une fois la rétinopathie sévère dépistée et traitée, la pratique d'activité physique est possible. Il faut néanmoins modérer la pratique intensive ou la pratique de la boxe du fait du risque de saignement ainsi qu'éviter les activités conduisant à une manœuvre de Vasalva.

Complication néphrologique:

Élévation transitoire de la micro albuminurie

La néphropathie n'est pas une contre-indication à la pratique d'une activité physique. Celle-ci améliorerait au contraire la fonction rénale et diminuerait la sarcopénie. Il faut demander à un patient chez qui on découvre une micro albuminurie anormale si la veille du prélèvement il a eu une activité physique intense.

Complication neuropathique/podologique:

Blessure au pied

La neuropathie diabétique n'est pas une contre indication à la pratique d'activité physique. Une consultation chez le podologue peut être réalisée au préalable. L'utilisation de chaussures et de chaussettes adaptées est indispensable.

Surveillance

Le patient doit contrôler fréquemment sa glycémie avant, après voire pendant l'activité pour prendre conscience de l'impact sur ses glycémies. Cela lui permet de connaître son profil glycémique en fonction de l'intensité et de la durée de l'exercice.

L'auto-surveillance est d'autant plus recommandée pour les patients diabétiques à risque d'hypoglycémie (traitement par sulfamides et/ou insuline)

Quand le patient connaît ses réponses à un type d'exercice donné, l'auto-surveillance peut être allégée.

L'utilisation d'un carnet de suivi est conseillée pour noter la durée des séances et les résultats de l'auto-surveillance glycémique. Cela permet au patient d'adapter ses doses d'hypoglycémifiants avec l'aide du médecin.

Une surveillance accrue doit avoir lieu lors de la réalisation d'un exercice inhabituel et/ou de durée prolongée (au moins toutes les 60 minutes si exercice prolongé).

Adaptation thérapeutique

Pour les sulfamides, il faut réduire de moitié la posologie voire arrêter le traitement selon le profil glycémique.

Pour l'insuline, il faut voir avec le diabétologue le schéma. Généralement :

- schéma à 3 injections d'insuline rapide et une intermédiaire :
 - effort moins de 3h après la fin du dernier repas : réduire de 50% la dose d'insuline rapide avant l'effort ;
 - effort plus de 3h après la fin du dernier repas : pas de modification de la dose d'insuline.
- schéma à 2 injections d'insuline intermédiaire : réduire de 10 à 20% la dose d'insuline précédant l'effort, d'autant plus prudemment que l'exercice est à distance de l'injection.
- schéma avec pompe à insuline :
 - réduire de 50% le bolus précédant l'exercice ;
 - réduire, voire arrêter le débit de base pendant l'exercice ;
 - retirer la pompe pendant la natation ;
 - réduire de 75% le débit de base dans les 6h suivant l'exercice pour éviter les hypoglycémies tardives.

Pour les glinides, le risque d'hypoglycémie semble plus faible mais la prudence s'impose.

Pour les biguanides, l'acarbose ou les médicaments « incrétones » il n'y a pas de risque d'hypoglycémie

Une diminution des antidiabétiques oraux peut être nécessaire après un certain temps d'entraînement améliorant le contrôle métabolique.

Précautions

L'activité physique doit être initiée de manière très progressive pour éviter les complications. Un encadrement initial est judicieux (éducateur APA) mais peut être évité si le patient est asymptomatique, a un risque de complication cardiovasculaire bas et souhaite une activité faible à modérée.

Les 10 règles de sécurité émises par le club des cardiologues du sport doivent être respectées.

Toujours avoir du sucre sur soi (minimum trois) et une ampoule de glucagon à injecter en intra musculaire si le patient est traité par sulfamide ou insuline du fait du risque d'hypoglycémie.

Rajouter une collation de 20g de glucides si la glycémie au cours ou en fin d'exercice est < 0,80g/l.

L'hypoglycémie peut survenir jusqu'à 12h après l'exercice nécessitant une surveillance de la glycémie.

En cas de fort risque d'hypoglycémie, il est préférable de pratiquer sous supervision d'un professionnel du sport, ou à minima d'être accompagné.

Une hydratation suffisante est nécessaire au cours de l'effort

Les pieds doivent être inspectés avant et après chaque séance d'activité physique.

Il vaut mieux adapter le traitement qu'augmenter la part de glucose alimentaire.

En conclusion

La présence de complications dégénératives du diabète n'est pas une contre-indication à la pratique d'une activité physique régulière.

Toute activité, même si la personne n'atteint pas le seuil de recommandation, est bonne à prendre.

Une approche progressive est recommandée pour éviter le risque d'accident et pour augmenter la compliance.

VII. Fiche d'aide à la prescription d'activité physique pour le patient atteint d'un cancer du sein ou d'un cancer colorectal

Examen clinique et para-clinique préalable

Recueil à l'interrogatoire du niveau actuel et ancien d'activité physique, des freins à la pratique et déterminer le performans status.

Réaliser un examen clinique complet. Recherche des complications liées à la maladie ou aux traitements.

Des examens complémentaires peuvent être pratiqués comme une biologie sanguine ou un ECG.

Un bilan cardiaque préalable est nécessaire en cas de traitement avec une cardiotoxicité importante.

Contre-indications générales à l'activité physique

- Une détérioration de la condition physique avec cachexie ;
- Une asthénie majeure ;
- Les 24h suivant une chimiothérapie ;
- Un épisode infectieux en cours.

Contre-indications à l'activité physique de contact

- Les patients avec des plaquettes inférieures à 50 G/l ;
- Les patients avec des métastases osseuses.

Contre-indications à l'activité physique intense

- Insuffisance coronarienne ;
- Les personnes immunodéprimées avec des globules blancs inférieur ou égal à 0,5 G/l ;
- Les personnes anémiées avec une hémoglobine inférieure à 8 g/dl ;
- Les patients avec des métastases osseuses. Les activités de basse et moyenne intensités sont autorisées.

Recommandations d'activité physique

Les prises en charge post traitement et en situation de rémission complète sont réalisables dans des structures sportives classiques ou des associations qui doivent malgré tout être sensibilisées.

Les patients en cours de soins ou en situation palliative, relèvent d'une prise en charge spécifique dans des structures dédiées avec un suivi régulier afin de pratiquer en toute sécurité.

Une adaptation au cas par cas doit être réalisée et une progression plus lente qu'avec les personnes saines sera réalisée. Un accord préalable du cancérologue est préférable.

Lutter Contre la sédentarité :

Diminution progressive des activités sédentaires pour arriver à un temps total sédentaire (entre le lever et le coucher) inférieur à 7 heures par jour.

Pendant ces temps sédentaires, des pauses doivent être réalisées d'au moins une minute pendant lesquelles les sujets passent de la position assise ou couchée à la position debout avec une activité physique de faible intensité comme la marche.

Augmenter l'activité physique dans la vie quotidienne :

Privilégier les déplacements à pied, les escaliers par rapport aux ascenseurs ou escalators...

Pratiquer des activités physiques et ou sportives structurées :

- Exercices d'endurance (marche, natation, vélo...) :
 - Fréquence : 3 fois par semaine au minimum, 5 fois si possible, avec pas plus de 2 jours consécutifs sans activité physique ;
 - Intensité : au moins modérée (patient pouvant parler pendant l'effort) ;
 - Durée : au minimum 150 min/semaine d'activité d'intensité modérée, pratiquée par sessions d'au moins 10 minutes, et réparties dans la semaine ou 75 min d'activité intense. La durée des exercices doit être augmentée progressivement suivant la tolérance.

- Exercices contre résistance (renforcement musculaire, yoga, tai chi...)
 - Fréquence : 2 à 3 fois par semaine, sur des jours non consécutifs ;
 - Intensité faible à modérée ;
 - Durée : session de 5 à 10 exercices impliquant les principaux groupes musculaires avec réalisation de 8 à 10 répétitions au poids du corps, avec une progression très douce vers des charges plus élevées en débutant par de faibles résistances ;
 - Séries : Débuter par une série de 8 à 10 répétitions par exercice.

- Souplesse : stretching, travail d'amplitude...
 - Fréquence : 2 à 3 fois par semaine (si possible tous les jours) en travaillant notamment sur les articulations qui peuvent être limitées suite à la chirurgie ;
 - Durée : 10 à 30 secondes.

L'augmentation de l'activité physique se fera d'abord sur la durée, puis la fréquence puis l'intensité.

Des périodes d'échauffement préalable et de retour au calme à la fin des séances sont indiquées.

Pour les patients atteints d'un cancer du sein

Un examen clinique évaluant la force du membre supérieur, les amplitudes articulaires de l'épaule ou encore la cicatrisation dans les suites d'une chirurgie est nécessaire.

Une reprise très progressive des exercices du haut du corps est recommandée avec si besoin une rééducation préalable avec un kinésithérapeute.

Un lymphœdème du membre supérieur peut apparaître au décours d'un curage ganglionnaire ou du prélèvement d'un simple ganglion sentinelle. Les exercices avec résistance du haut du corps n'aggravent pas ce lymphœdème et peuvent donc être pratiqués.

Le port d'un manchon de compression est recommandé pour les exercices de résistance du haut du corps.

Si une pause de plusieurs jours est réalisée dans le programme d'activité physique, il faut revenir à un niveau d'activité physique antérieur à la reprise.

Les patients souffrant de complications à type de métastases osseuses nécessitent une modification du programme d'activité physique (pas de sport contact, réduction des impacts, de l'intensité, du volume) car le risque de fracture est majoré.

Il semble exister un effet de seuil et une relation dose-efficacité dans le cancer du sein : plus l'activité physique est intense, plus le risque de rechute diminue avec un seuil de 9 à 14h de pratique par semaine à ne pas dépasser.

Pour les patients atteints d'un cancer colorectal

En cas de chirurgie avec mise en place d'une stomie, l'activité physique doit être adaptée.

Il faut commencer avec des exercices de faible résistance et avec une faible pression abdominale afin d'éviter l'apparition de hernies. L'augmentation de la résistance et de la pression abdominale se fera de manière très progressive.

L'activité physique devra être stoppée en cas d'infection de la stomie ou d'apparition de hernie tant que le problème n'est pas résolu.

Il est préférable d'obtenir l'autorisation de l'oncologue avant la pratique d'un sport de contact si le patient présente une stomie ou s'il a subi une chirurgie abdominale.

La pratique de la natation est possible en utilisant un maillot de bain adaptable aux stomies.

Surveillance

Une évaluation de la fatigue doit être réalisée afin d'adapter l'intensité de l'exercice. On utilise une échelle analogique graduée de 1 à 10 sur laquelle le patient rapporte son niveau de fatigue ressentie. Des niveaux rapportés de 0 à 3 correspondent à des fatigues légères, des niveaux de 4 à 6 à des niveaux de fatigue significative, des niveaux de 7 à 10 sont des fatigues intenses voir insupportables. L'humeur du patient devra également être prise en compte.

Adaptation thérapeutique

Pas d'adaptation des traitements en fonction de l'activité physique. C'est le traitement qui prévaut.

Précautions

Dans la grande majorité des études réalisées, l'activité physique ne donnait pas d'effets secondaires aux patients atteints de cancer, et les études qui retrouvaient des effets secondaires étaient en faveur d'effets mineurs.

Une rééducation préalable peut être nécessaire notamment en post-chirurgie ou en cas de cachexie sévère.

Une évaluation par un professionnel du sport est recommandée afin d'évaluer les capacités physiques suite aux altérations du corps entraînées par la maladie et les traitements. Si le patient souhaite pratiquer uniquement de la marche, cette évaluation n'est pas nécessaire.

Les 10 règles de sécurité émises par le club des cardiologues du sport doivent être respectées.

Le risque d'un événement cardiovasculaire est plus important dans la population atteinte de cancer du fait de la radiothérapie et la toxicité d'un certain nombre de chimiothérapies. L'activité doit donc être augmentée de manière très progressive.

Il n'est pas recommandé de réaliser de manière systématique une évaluation du risque cardiologique et métastatique de tous les patients, cela créerait une barrière

Les patients immunodéprimés doivent plutôt pratiquer à domicile ou dans un cadre restreint que dans une salle grand public.

La natation est à éviter chez les patients avec un cathéter, une stomie, les patients immunodéprimés et les patients en cours de radiothérapie.

Dans les suites d'une chirurgie, on peut autoriser aux patients une période de repos le temps de cicatriser mais pas plus de 8 semaines. A la reprise, il faut éviter dans un premier temps les activités qui sollicitent de manière intense les muscles de la paroi abdominale en cas de chirurgie abdominale. Le but est de retrouver rapidement son niveau d'activité pré-chirurgicale.

Si le patient présente une diminution de ses capacités respiratoire, il faut éviter les sports en altitude ou la plongée.

Si l'activité physique augmente la fatigue ou d'autres symptômes (nausées, vomissements, vertiges...), il faut diminuer l'intensité pour revenir à un niveau tolérable.

En conclusion :

L'activité physique adaptée est un élément important dans la prévention tertiaire chez les patients atteints d'un cancer du sein ou colorectal.

L'inactivité diminue la survie des patients et aggrave certains symptômes tels que la fatigue.

Toute activité, même si la personne n'atteint pas le seuil de recommandation, est bonne à prendre.

Une approche progressive est recommandée pour éviter le risque d'accident et pour augmenter la compliance.

VIII. Exemple de brochure à remettre au patient

Nom Prénom Educateur en APA
Numéro de téléphone
Adresse e-mail
Adresse où il rencontre les patients

Avec le sport sur ordonnance, je pratique une activité modérée, régulière et adaptée

Je n'aime pas le sport :

Activité physique ne veut pas dire sport !

Cela peut correspondre aux activités domestiques (faire ses courses...), aux activités dans le cadre professionnel, aux déplacements (vélo...) et enfin aux loisirs (natation...).

Je n'ai pas le temps de faire une activité physique :

En moyenne, un adulte passe 3h30 par jour devant un écran (ordinateur, smartphone, télévision...) en dehors de son travail.

Pour être en forme, il suffit de pratiquer 30 min d'activité 5 jours par semaine.

Toutes les activités sont possibles que ce soit les déplacements à pied ou en vélo, le jardinage ou encore la danse.

Des choses simples pour y arriver :

Prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur ou l'escalator

Se rendre au travail ou à l'école à pied ou en vélo plutôt qu'en voiture

Faire ses courses à pied ou à vélo et porter les sacs

Augmenter la distance de ses trajets en faisant des petits détours

Téléphoner ou lire le courrier en restant debout

Allumer et éteindre la télévision en se levant plutôt qu'en utilisant la télécommande

Descendre du métro ou du bus une ou deux stations avant d'arriver pour finir le trajet à pied

Limiter les longues périodes assises en se levant quelques minutes pour se dégourdir les jambes

L'activité physique, un remède miracle :

L'activité physique est bonne à tout âge même si j'ai une maladie !

Elle diminue le risque d'apparition et de complication de nombreuses maladies (diabète, certains cancers, maladies cardiovasculaires, dépression, arthrose ...)

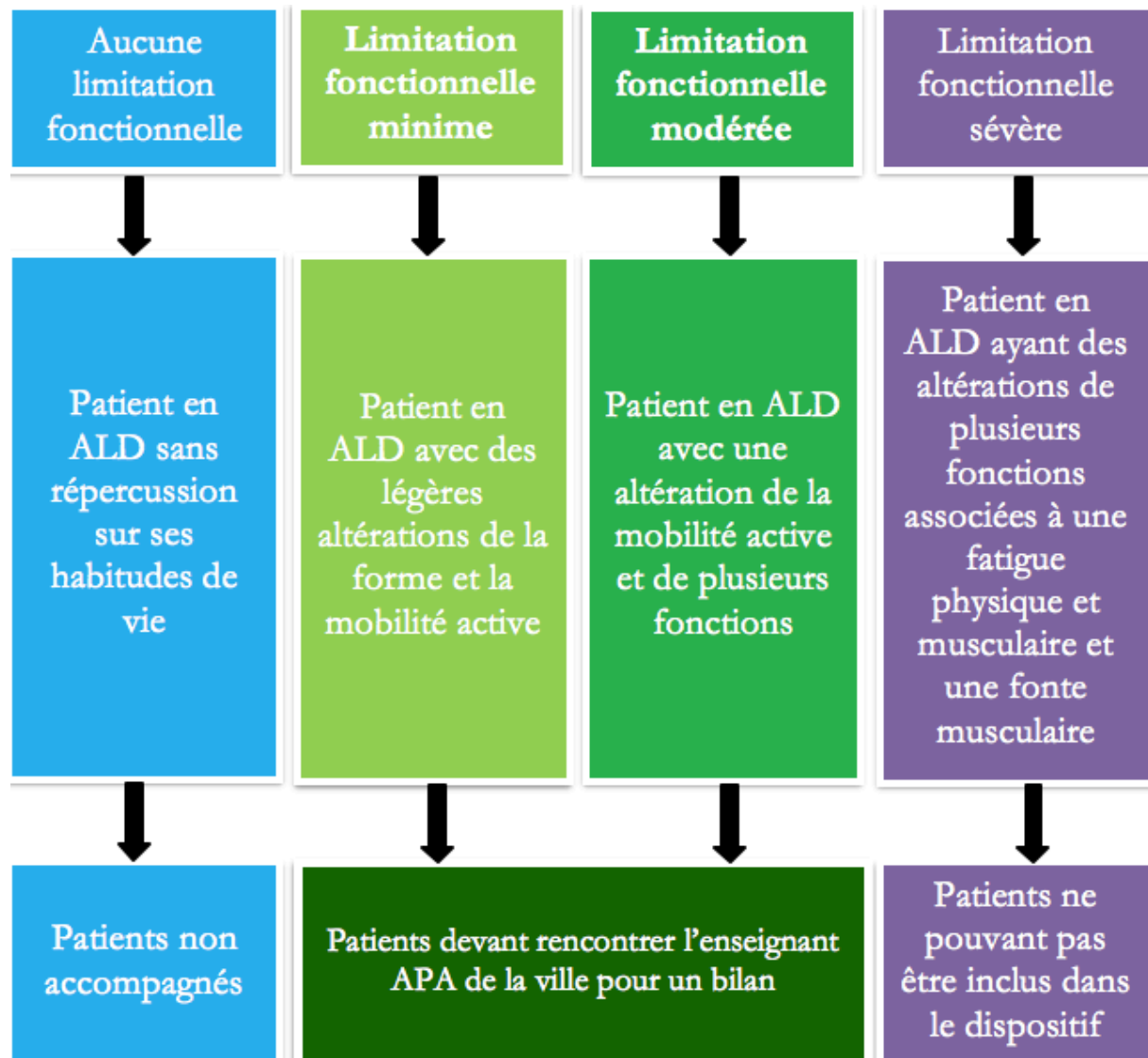
Elle permet d'améliorer la qualité de vie, le sommeil, le maintien du poids et diminue l'anxiété

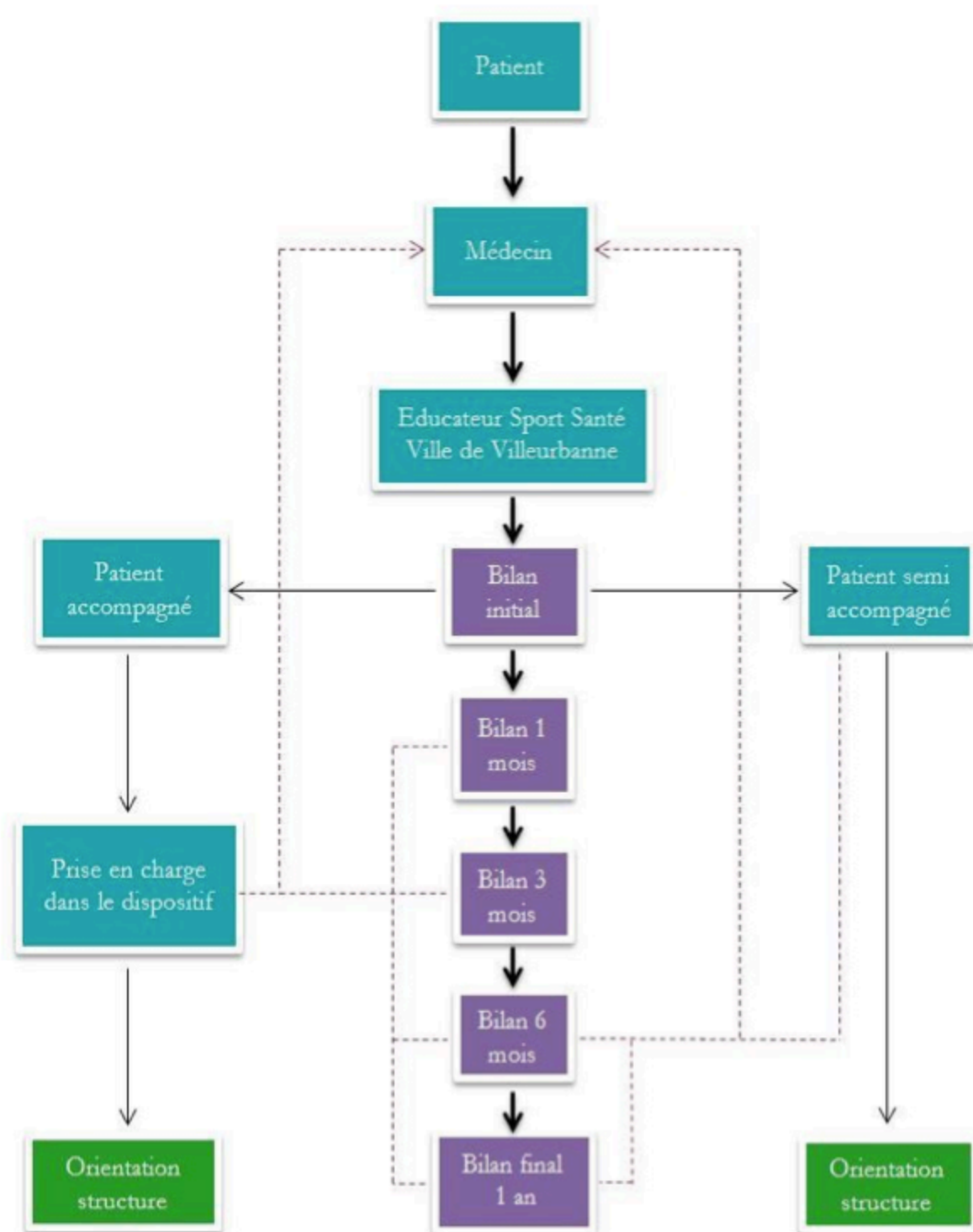
Pour limiter les risques lors de la pratique d'activité physique, voici 10 règles simples à respecter :

- 1 - Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 minutes lors de mes activités sportives
- 2 - Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 minutes d'exercice à l'entraînement comme en compétition
- 3 - J'évite les activités intenses par des températures extérieures inférieures à -5°C ou supérieures à 30°C
- 4 - Je ne fume jamais, en tout cas pas 1 heure avant ni 2 heures après une pratique sportive
- 5 - Je ne prends pas de douche dans les 15 minutes qui suivent l'effort
- 6 - Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- 7 - Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes
- 8 - Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort*
- 9 - Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort*
- 10 - Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort*

*Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique.

IX. Dispositif d'activité physique sur prescription à Villeurbanne





N.B. : document de travail fourni par la municipalité, sujet à modification suivant la phase test.

X. Certificat de prescription d'activité physique

Certificat de prescription de l'activité physique

Je soussigné, Dr

Docteur en médecine certifie avoir examiné ce jour

M., Mme

Né(e) le

Je prescris une **activité physique et /ou sportive adaptée**

Pendant , à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient dans le cadre du dispositif « Sport Santé sur Ordonnance » de la Ville de Villeurbanne.

Préconisation d'activité et recommandations :

Cachet du médecin Fait à

Villeurbanne, le

Signature du médecin

Contact Equipe Sport Santé sur Ordonnance

Service de l'animation sportive:

Camille Parente

04.72.37.48.46

camille.parente@mairie-villeurbanne.fr

Centre nautique Etienne Gagnaire

59 avenue Marcel-Cerdan

Métro A Laurent Bonnevey

69100 Villeurbanne

ville de **vi**||**eu**rbanne

Renseignements complémentaires

Elle / Il NE DOIT PAS réaliser les actions suivantes :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Courir | <input type="checkbox"/> Pousser |
| <input type="checkbox"/> Sauter | <input type="checkbox"/> Tirer |
| <input type="checkbox"/> Mettre la tête en arrière | <input type="checkbox"/> Porter |
| <input type="checkbox"/> Lancer | <input type="checkbox"/> S'allonger au sol |
| <input type="checkbox"/> Attraper | <input type="checkbox"/> Se relever du sol |

Autres

Elle / Il NE DOIT PAS réaliser les types d'effort suivants :

- Endurance (long et peu intense)
- Vitesse (bref et intense)
- Résistance

Autres

Elle / Il NE DOIT PAS solliciter les articulations suivantes :

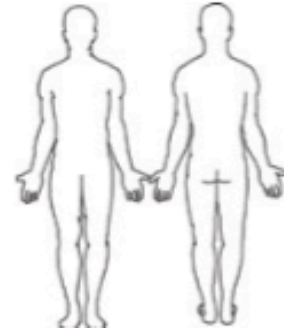
- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rachis | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> Genoux |
| <input type="checkbox"/> Epaules | <input type="checkbox"/> Cheville | |

Autres aménagements possible:

- Adaptation selon conditions climatiques (froid, sec, humidité...)
- Favoriser les AP permettant un allègement du corps
- Adaptation du temps de récupération
- Favoriser les AP avec déplacements limités et/ou dans l'axe

Douleurs et fragilités physiques:

Désignez sur l'image ci contre, où se situent les douleurs ou fragilités



N.B. : document de travail fourni par la municipalité, sujet à modification suivant la phase test.

TISSOT FLORIAN

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE À VILLEURBANNE : PROPOSITION D'UN DISPOSITIF PAR LA VILLE APRÈS RECUEIL DES BESOINS DES MÉDECINS LIBÉRAUX VILLEURBANAIS

RÉSUMÉ

Introduction : Devant l'augmentation de l'obésité, de la sédentarité et des pathologies chroniques, la prescription d'activité physique a été inscrite dans la loi santé du 26 janvier 2016. L'objectif de notre travail était de contribuer à l'élaboration d'un dispositif proposé par la municipalité de Villeurbanne après recueil des besoins des médecins libéraux.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par focus groupe et entretiens individuels dans le cadre d'une recherche exploratoire, incluant six médecins volontaires. Les résultats analysés ont été soumis aux médecins et aux services municipaux pour contribuer à l'élaboration du dispositif. La faiblesse principale de l'étude était le faible matériel. Nous avons réalisé des fiches d'aide à la prescription d'activité physique pour les patients atteints de diabète de type 2, de cancer du sein et de cancer colorectal pour compléter ce travail.

Résultats : Le manque de temps lors des consultations, la charge financière pour les patients et leur manque de motivation représentaient les freins principaux. Les médecins souhaitaient un dispositif simple avec un professionnel compétent vers qui adresser leurs patients. Ils souhaitaient également que la prise en charge soit gratuite et qu'ils puissent bénéficier d'un annuaire des offres existantes afin de pouvoir orienter plus facilement leurs patients. La possibilité d'une offre adaptée en fin de journée, en fin de semaine, à domicile et dans les communes limitrophes était évoquée.

Conclusion : Un dispositif a été élaboré à partir des propositions des médecins et des possibilités de la municipalité (recrutement d'un éducateur APA, annuaire des offres locales, prise en charge gratuite pour certains patients) et une phase test de un an a débuté en décembre 2017. Une évaluation sera réalisée de manière prospective afin de déterminer les modifications à apporter. De nombreux travaux sont en cours au niveau national et devraient rendre leurs résultats au premier trimestre 2018.

MOTS CLÉS Activité physique, prescription, sport, ordonnance, sédentarité

JURY

Président : Madame le Professeur ERPELDINGER Sylvie
Membres : Monsieur le Professeur COLIN Cyrille
Madame le Professeur JACQUIN-COURTOIS Sophie
Madame le Docteur PERDRIX Corinne
Madame le Docteur COLOM Pascale

DATE DE SOUTENANCE 16 janvier 2018

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR 2 rue Saint Hippolyte, 69008 Lyon

E-MAIL tissotflorian71@gmail.com
