

## **Sigles et abréviations**

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

EAPA : Educateur en Activité Physique Adaptée

ECN : Examen Classant National

EPS : Education Pour la Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

DCEM 1 : Deuxième Cycle d'Etudes Médicales 1<sup>o</sup> année

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAP : Prescription d'Activité Physique

PCEM 2 : Premier Cycle d'Etudes Médicales 2<sup>o</sup> année

PNNS : Programme National Nutrition Santé

## **Plan**

- Introduction
- Matériel et méthode
- Résultats
- Discussion
- Conclusion
- Bibliographie
- Table des matières
- Annexes

## **Introduction**

Le manque d'activité physique est considéré par l'OMS comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde, juste après l'hypertension, le tabagisme et un taux élevé de glucose dans le sang (1). Lee et al estiment à 9% le nombre de décès prématurés attribuables à la sédentarité chaque année, avec plus de 5,3 millions sur les 57 millions de décès survenus dans le monde en 2008, ce qui en ferait un facteur de risque équivalent au tabac ou à l'obésité (2).

On estime environ qu'un tiers de la population mondiale a un niveau d'Activité Physique (AP) insuffisant (3). En France, le Baromètre Santé-Nutrition de 2008 a étudié le niveau d'AP de la population française âgée de 15 à 75 ans et il apparaît que moins de la moitié des Français (42,5 %) atteignent un niveau d'AP favorable à la santé (4). Plus récemment une enquête « assureur prévention » montre à partir d'un échantillon de population ayant porté un podomètre que 75 % des Français n'atteignent pas les 10 000 pas par jour, seuil minimal quotidien des recommandations d'AP pour la santé (5).

Les pathologies chroniques favorisées par les facteurs de risque liés aux modes de vie (tabagisme, sédentarité, déséquilibres alimentaires) sont désormais les principales causes de mortalité dans les pays développés ou en voie de développement. Une réduction de la mortalité liée à ces pathologies semble possible en prenant des mesures de prévention visant ces facteurs de risque (6).

L'intérêt d'une activité physique (non excessive) pour la santé est démontré par de nombreuses études réalisées ces dernières années. Une activité physique régulière entraîne une diminution de la mortalité de manière globale (7).

L'AP est bénéfique de manière significative dans de nombreux domaines. On peut citer son intérêt particulièrement en prévention des facteurs de risques cardio-vasculaires (réduction de la pression artérielle et du diabète, amélioration du profil lipidique), que ce soit en prévention primaire (8–11), ou en prévention secondaire (12–14).

De nombreuses études montrent une relation inverse entre le volume d'AP et l'incidence des maladies cardio-vasculaires athéromateuses (15). Elle peut aussi participer à la stabilisation du poids et en limiter la prise en étant associée à une alimentation équilibrée (16).

L'activité physique a de nombreux autres effets bénéfiques puisqu'elle est également un traitement à part entière dans la prise en charge de la Broncho Pneumopathie Chronique

Obstructive (7). L'AP diminue significativement le risque de cancer du sein et du colon (17), et serait également un atout dans la prévention d'autres cancers. L'AP aide aussi au développement et au maintien du capital osseux et musculaire tout en diminuant le risque de chute et de fracture (18,19). Elle joue un rôle positif dans les maladies ostéo-articulaires dégénératives et autres rhumatismes chroniques comme les lombalgies (20,21). L'AP est un facteur d'équilibre de la santé mentale, elle diminue de manière significative l'anxiété et le risque de dépression, d'une manière générale elle participe au bien être psychologique (22). Elle réduirait aussi le risque de développer une maladie de Parkinson ou une démence (23,24).

En 2011 l'OMS édit ses recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé (1). Ces dernières présentent les niveaux d'activité physiques requis selon la tranche d'âge à laquelle appartient le patient. L'OMS définit ainsi 3 tranches d'âge, les 5-17 ans, les 18-64 ans et les 65 ans ou plus, avec pour chaque catégorie des recommandations précises tenant compte de données scientifiques. Les activités préconisées mélangent endurance, renforcement musculaire et travail d'équilibre.

La sédentarité croissante constatée dans nos sociétés développées n'existe sous sa forme épidémique que depuis la seconde moitié du XXème siècle. A la fin du XIXème siècle, 30% de l'énergie utilisée pour le travail était d'origine humaine. Or, à la fin du XXème siècle, seul 1% de l'énergie utilisée est d'origine humaine.

Pour une grande partie de la population, l'exercice physique n'est donc plus associé aux activités professionnelles et aux déplacements de la vie quotidienne. De plus l'accroissement des activités récréatives physiquement passives (télévision, jeux vidéo...) participe largement à la diminution de la dépense énergétique. L'activité physique dépend donc principalement chez l'adulte de sa motivation à la pratiquer au cours de ses loisirs de manière spontanée ou dans un club ou une association sportive.

Cette réalité a interpellé les pouvoirs publics et les autorités sanitaires qui multiplient les campagnes de promotion de l'AP avec notamment le Plan National Nutrition Santé (PNNS) et le slogan « Manger Bouger » (25). « Bouger » est ainsi devenu un nouvel enjeu de santé publique qui pourrait engendrer des économies importantes puisqu'on estime qu'en France, si 5 % des personnes sédentaires adoptaient un mode vie actif, l'économie pourrait être de 500 millions d'euros par an (26).

Dans ce même objectif, la Haute Autorité de Santé Publique (HAS) publie en 2011 un

rapport visant à développer la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, dans lesquelles figure l'AP, suite à une saisine par la Direction de la Sécurité Sociale (27).

Pour que la promotion de l'activité physique soit efficace, de nombreux acteurs doivent y contribuer. Ainsi les ministères de la santé, des sports et de l'éducation nationale, les collectivités territoriales aux échelons régionaux, départementaux et communaux, les acteurs du monde sportif à travers les fédérations uni ou multisports sont les protagonistes de cette promotion. L'efficacité des campagnes nationales de promotion de l'activité physique paraît être en partie liée à sa déclinaison locale. La prise en compte du mode de vie des personnes et les antécédents médicaux (notamment les maladies chroniques) permet d'aboutir à un conseil individualisé de pratique d'AP. Les médecins généralistes (MG) placés au cœur du parcours de soins depuis la loi de 2004 et premiers recours naturels de soins de leur patient occupent donc une place essentielle dans la réussite de ce dispositif de prescription non médicamenteuse.

Cependant modifier les habitudes de vie des patients sédentaires ou peu actifs est une tâche délicate qui peut être vécue comme intrusive par le patient. La prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est assez nouvelle et particulière sur le plan symbolique comme le souligne l'HAS dans son rapport de 2011 (27). Il existe des recommandations existantes précises sur les conseils de pratique d'AP, mais chaque MG (médecin généraliste) doit composer avec le profil unique du patient qu'il a face à lui. Son propre vécu professionnel et personnel, et donc ses propres représentations rentrent également en jeu dans le conseil qu'il délivrera au patient en matière d'AP. Il paraît ainsi légitime de s'intéresser aux représentations des médecins généralistes concernant la pratique des activités physiques et sa prescription.

Nous avons interrogé un échantillon de médecins généralistes du Maine-et-Loire afin de connaître leurs représentations de l'activité physique et en quoi elles pourraient influencer leurs prescriptions. Nous avons également cherché à comprendre comment ils prescrivaient l'activité physique et s'il existait d'éventuels freins à cette prescription non médicamenteuse

## **Matériel et méthode**

Il s'agit d'une étude qualitative menée par des entretiens individuels semi-structurés. La population a été déterminée selon un échantillonnage raisonné en variation maximale. L'échantillon est composé de 15 médecins généralistes du Maine-et-Loire dont 10 hommes et 5 femmes de 29 à 63 ans, parmi lesquels 3 d'entre eux travaillent en milieu urbain, 7 travaillent en milieu semi rural et 5 en milieu rural.

Tous les médecins ont été joints par téléphone directement ou par le biais de leur secrétaire puis un entretien a été réalisé sur leur lieu de travail. Les MG avaient pour la plupart connaissance du sujet de l'étude au moment de l'entretien semi-directif.

La grille d'entretien a été réalisée à partir d'hypothèses émises notamment à la suite de recherches bibliographiques. Le guide a été pré-testé sur trois entretiens non inclus dans l'étude afin de familiariser l'enquêteur à cet exercice et de juger de sa faisabilité. Il a de nouveau été réévalué suite aux premières interviews. Par la suite le même guide était utilisé à chaque entrevue.

Les deux axes qui ont été explorés sont les représentations des médecins généralistes au sujet de l'activité physique et de sa prescription dans leur pratique quotidienne.

L'élaboration de l'échantillon de même que les entretiens ont été effectués de septembre 2013 à juin 2014 et les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. Les entrevues ont toutes eu lieu dans les cabinets des médecins interrogés. Les entretiens étaient enregistrés au dictaphone avec l'accord des interviewés et étaient individuels. Chaque entretien débutait par une présentation du sujet de l'étude. Le contenu était ensuite retranscrit textuellement sur informatique à l'aide du logiciel Microsoft Word Mac 2011 et ce de manière anonyme.

La retranscription des entretiens a été réalisée de manière intégrale afin d'obtenir le verbatim. Un codage manuel et une analyse thématique des données ont été réalisés.

## Résultats

Tous les médecins qui ont été joints ont accepté de participer à une interview structurée par une grille d'entretien. Durant ces dix mois, au total 15 médecins généralistes du Maine-et-Loire ont pu être interrogés. Les entretiens réalisés ont duré entre neuf et vingt minutes.

### **Représentations de l'activité physique chez les médecins généralistes.**

Très souvent l'activité physique semblait renvoyer à une activité motrice courante de la vie quotidienne augmentant la dépense énergétique. Ainsi la marche était la première idée associée à activité physique, elle a été la première réponse spontanée chez une majorité des interviewés. Quelques fois la notion de bouger apparaissait. Le travail, lui, a été peu cité spontanément.

Moins souvent la notion de bienfaits pour la santé de la personne pratiquante apparaissait :

« Les gens font de l'activité physique parce que maintenant ils sont informés, ils savent que c'est bon pour la santé » (médecin 2).

« Je les ai en tête les effets bénéfiques du sport, sur tout le système cardio-vasculaire, le diabète, le cholestérol... » (Médecin 7).

« C'est pour le bien être psychologique et physique quoi » (médecin 3).

Un médecin considérait l'AP comme un idéal que toute personne dont lui doit réaliser pour sa santé « la petite demie heure qu'on devrait faire un peu tous, tous les jours » (médecin 9).

Ensuite certains introduisaient une nuance entre sport et activité physique. Pour certains cette différence semblait plus liée à l'intensité et au cadre réglementaire (au sein ou en dehors d'une fédération sportive) qu'à la nature de l'activité locomotrice engendrant un surcroît de dépense énergétique :

« Le vélo, la natation donc là toujours en activité physique, on ne parle pas de sport » (médecin 1).

« C'est plus la marche, parce que quand on parle d'activité physique marcher et bouger, parce que sinon on parle d'activité sportive » (médecin 2).

Certains évoquaient que l'âge du patient pouvait être un facteur déterminant la nature de la

pratique, soit d'une activité physique soit d'une activité sportive. Ainsi l'activité physique était citée plutôt destinée à la personne âgée tandis que le sport était pour les plus jeunes :  
« L'activité physique c'est plus pour la personne âgée à mon sens » (médecin 2).

Pour quelques médecins la pratique des AP semblait désormais ancrée dans les habitus de notre société et l'inconscient collectif :

« Les gens n'attendent pas le médecin pour aller marcher », «...c'est plus le bon sens pour tout le monde» (médecin 1).

« Les gens font de l'activité physique parce que maintenant ils sont informés, ils savent que c'est bon pour la santé » (médecin 2).

Pour ce même médecin la responsabilité de la pratique des AP semblaient incomber plus à la société qu'au seul médecin :

« ...C'est plus le bon sens pour tout le monde» (médecin 1).

« Je veux dire autant pour leur prescrire un antihypertenseur ou un antidiabétique il n'y a que nous, autant pour l'activité physique, il n'y a pas que nous » (médecin 2).

Néanmoins la plus grande partie des médecins estimait qu'ils étaient acteurs face au conseil de pratique d'AP envers leurs patients :

« On est le premier acteur de ce rôle là » « Ça fait partie de mon rôle quoi ! Oui, du moins de ma façon de voir les choses » (médecin 4).

Pour certains l'AP avait une place dans la démarche de soin :

«Ça fait un peu partie de l'interrogatoire cette question là », « En visite de routine, je leur dis : Est ce que tu fais du sport ? Est ce que tu fais une activité physique ? » (médecin 4).

«L'AP ne fait pas partie de quelque chose de précis, ça fait partie d'un global pendant la consultation » (médecin 12).

« ça fait partie d'un équilibre », « Une place primordiale au même titre qu'un médicament » (médecin 3).

« Il n'y a pas une consultation quasiment où j'insiste pas sur le fait d'avoir une AP » (médecin 7).

Cependant plusieurs formulaient une certaine difficulté pratique à aborder cette question de l'AP avec leur patient malgré la connaissance de ces bienfaits :

« Elle n'a pas la place aussi importante qu'elle devrait avoir, je trouve que c'est super



important » (médecin 7). «C'est culturel, c'est indécrottable ça souvent » (médecin 8).

Chez quelques médecins, il existait une petite part d'inconnue autour de l'AP :

« On est jamais totalement informé mais je pense que globalement, j'ai une idée des bienfaits de l'activité physique » (médecin 5).

Cette méconnaissance pouvait altérer la confiance en lui d'au moins un médecin alors qu'un autre semblait facilement composer avec :

« Comme ça si je suis bien informée, tout le temps j'ai plus confiance en moi » (médecin 11).

« Plus d'information, [au sujet de l'AP] je sais pas si ça changerait quelque choses » (médecin 2).

Les connaissances en matière d'AP ne semblaient pas relever uniquement d'un savoir scientifique mais d'empirisme :

« Oui, oui on lit quand même des choses dans la presse...médicale plutôt » (médecin 9).

« C'est les choses de base dont on a toujours entendu parlé, j'ai pas pris d'informations spécifiques » « c'est plus le bon sens pour tout le monde » (médecin 1).

« On reçoit régulièrement des trucs concernant le sport et moi je les lis bien volontiers » (médecin 6).

« Toutes les pathologies respiratoires j'y pense parce que j'ai vu les bienfaits chez certains patients qui m'ont bien écouté et voilà j'y crois » (médecin 14).

Beaucoup d'interrogés ne souhaitaient pas compléter leurs connaissances sur l'AP qui pour certains étaient suffisantes :

« Non j'en éprouve pas le besoin [au sujet d'aller faire des recherche sur l'AP] » (médecin 14).

« Je suis pas persuadé d'en avoir besoin » (médecin 8).

« Je ne m'intéresse pas particulièrement à cette question là... » (médecin 4).

« Il y a des trucs évidents forcément en tant que médecins on a des connaissances là-dessus » (médecin 6).

« Je pense que là-dessus, j'en connais assez là-dessus » (médecin 15).

L'AP était considérée par certains comme une thématique globale non spécifique à un type de malade mais à tous les patients :

« C'est une recommandation quasi systématique » (médecin 15).



L'activité physique semblait être considérée comme une thérapeutique peut-être moins efficace que les thérapeutiques médicamenteuses :

« Quand tu prescris un antihypertenseur... c'est pas que j'y crois plus mais c'est une prescription pour moi » (médecin 14).

L'activité physique semblait également être considérée comme une thérapeutique peut-être moins efficace que d'autres thérapeutiques non médicamenteuses. Même si aborder la pratique d'une AP leur semblait important, cela pouvait être plus secondaire, par exemple « Après l'alimentation » (médecin 11).

Tous les médecins reconnaissaient des vertus bienfaisantes à l'AP et l'utilisaient en préventif pour limiter l'apparition de pathologie et/ou en curatif. Elle était donc considérée parfois comme une thérapeutique complémentaire exclusive ou utilisée en association à d'autres thérapeutiques :

« On sait que chez les gens qui pratiquent une activité physique il y a des pathologies qui sont moins fréquentes... diabète, hypertension, hypercholestérolémie, cancer du sein, cancer du colon là, donc euh... ça a un rôle préventif et un rôle curatif ...aussi » (médecin 7).

« Il y aurait 50% de lombalgies en moins si on pratiquait une activité physique régulière, euh c'est d'abord thérapeutique mais c'est euh... ça serait aussi préventif bien sur » (médecin 9).

« Traitement à part entière! A part entière parce que c'est pour le bien être psychologique et physique quoi » (médecin 3).

« Complément de traitement ! Tu vois par exemple dans tout ce qui est cholestérol ou autre, tout ce qui est surcharge de poids, prévention des coronaropathies ou autre, c'est là qu'on donne la commande nutritionnelle, ou l'activité physique » (médecin 6).

L'abord de la thématique de l'AP avec les patients est source d'opposition entre le médecin et le patient. Par exemple la plupart des médecins n'acceptaient pas l'argument du manque de temps évoqué par leurs patients comme valable, estimant qu'ils présentaient surtout un manque de motivation :

« C'est une bonne excuse souvent le manque de temps » (médecin 3), ou encore que le manque de temps servait surtout à cacher leur manque d'envie : « J'ai pas le temps alors ça c'est oui euh... le prétexte » (médecin 6).

Un des médecins exprimait même que l'incitation à la pratique d'une AP engendrait parfois une relation d'affrontement avec ses patients :

« Tous les arguments qu'ils ont pour ne pas en faire (de l'AP) je peux tous les démolir un par un...on est tous des gens très occupés mais on trouve quand même le temps de pratiquer une activité physique » (médecin 7).

Ainsi peu des médecins interrogés avouaient craindre puis renoncer à mettre en difficulté autrui en abordant cette question difficile de l'AP :

« C'est vrai qu'il faudrait le dire à chaque fois, mais moi je ne le dis pas à chaque fois, j'ai peur d'être un peu lourd » (médecin 6).

« Si j'ai un frein chez les personnes qui sont en surpoids...je vois toujours qu'ils ne font rien du tout après je sais que je vais déranger avec les conseils que je donne...si j'insiste plus et après je m'arrête » (médecin 11).

« Parce que des fois je leur en parle pas forcément parce que je sens que ça va pas accrocher » (médecin 3).

« Je reste dans les grandes lignes, je ne rentre pas dans les détails pour tout le monde. Il y en a je sais d'emblée qu'ils n'ont pas envie » (médecin 14).

En revanche tous les médecins semblaient d'accord avec leurs patients pour considérer l'AP comme une activité contraignante, difficile, désagréable :

« J'aime pas ça » c'est quand ils osent avouer qu'ils n'aiment pas ça » (médecin 6).

« Il y en a qui sont un peu paresseux physiquement, ils ont leur petite vie...ils ont pas trop envie de bouger » (médecin 5).

« Ils sont un peu métro boulot dodo et ça passe au second plan...c'est un peu le mode de vie actuel, c'est à dire c'est plus facile le soir d'être devant la télé, l'ordinateur que d'aller dans une salle de sport » (médecin 4).

Pour quelques médecins l'AP pouvait même être dangereuse à la fois pour le patient et pour le médecin engageant sa responsabilité :

« Ben évidemment chez le coronarien on sera un peu plus prudent... » (médecin 15).

« Par contre je crois qu'il faut bien connaître les patients, tu peux pas dire à quelqu'un que t'as jamais vu, quelqu'un de 45 ans qui viendrait pour reprendre du sport, que tu connais pas, qui n'est pas ton patient...tu fais gaffe quoi... » (médecin 6).

Pour un grand nombre des interrogés, la mise en mouvement et le maintien dans le temps de la pratique d'une AP apparaissaient difficiles mais plus efficaces par la pratique de

groupe et/ou un encadrement :

« Une fois qu'ils ont commencé, parce que ça arrive quand même, ben ils sont les premiers à dire que ça leur fait du bien, mais il faut commencer, c'est pas toujours évident de commencer » (médecin 7).

« Il n'est pas rare que des patients reviennent l'année suivante pour faire signer un certificat de sport en disant « Ça y est je m'y suis mis ! » (médecin 4).

« Ils vont pas oser y aller tout seul » (médecin 2).

« Il faut les encadrer quoi parce que tout seul effectivement la motivation... » (médecin 9).

« Les gens ont rendez vous le mardi de 7h à 9h, Paf ! Ils vont aller mouiller le maillot c'est ça il y a un rendez vous à heure fixe... » (médecin 7).

Quelques médecins rapportaient un certain décalage conceptuel de la notion de santé opposant la bonne santé par prise médicamenteuse passive à la bonne santé par mise en œuvre active d'une thérapeutique non médicamenteuse au premier rang duquel siège l'AP :

« ...Trop de gens considèrent encore la santé comme quelque chose de passif, consistant à avaler des médicaments, et pas suffisamment quelque chose d'actif...voilà » (médecin 8).

« Je vois plutôt ce type de patients, qui ne souhaitent pas commencer par prendre soin d'eux mais qui viennent tout le temps demander des médicaments... » (médecin 11).

Beaucoup des médecins interrogés ont spontanément évoqué leur niveau d'activité physique et ont mis en rapport cette pratique personnelle avec la place qu'occupaient les conseils d'AP délivrés à leurs patients. La recommandation, portant sur un comportement quotidien, pouvait être partagée par le prescripteur et son patient. Cela semblait parfois induire chez certains par effet miroir de leur propre sédentarité, un sentiment de culpabilité :

« Je trouve ça un peu carré tu vois, un peu trop « faites ça ! », et si les gens me renvoient, et vous docteur vous faites ça ?...Vous faites 30 minutes de marche rapide ? Bah je dirai euh...non. Donc voilà faites ce que je dis mais pas ce que je fais... », « Peut être que si j'étais plus motivé moi-même je les encouragerais plus » (médecin 1).

«C'est mon souci ça ne me donne pas confiance de dire, oui vous devez faire parce qu'ils demandent vous faites ? » (médecin 11).

« Ils peuvent le dire, ne pas avoir le temps, voilà, euh...les enfants, la météo euh...parce que ça je l'entends bien pour ne pas faire moi même, donc je ne vais pas freiner cette résistance là parce que là déjà j'ai pas la réponse pour moi donc... » (médecin 1)

Quelques médecins endossaient le rôle d'exemple en matière de pratique d'AP et les pratiquants déclaraient renvoyer une image positive d'eux même :

« C'est comme un médecin non fumeur, il sera plus persuasif dans la lutte contre le tabac » (médecin 7).

« Parce que tu ressens le bien être, tu te dis que ça fait du bien, tu te dis que ça libère....et quand c'est des plus jeunes qui te disent « ben je peux pas ! » ben attendez moi j'en fais bien donc euh...je suis pas en super condition plus que d'autres » (médecin 6).

« Je suppose qu'il y en a quelques uns qui passent à l'as hein, mais je le dis très souvent parce que j'y crois, je crois que c'est très intéressant et je pratique moi même une activité physique régulière » (médecin 15).

« Ce qui les sensibilise c'est de nous voir faire, par exemple il y a une course à pieds communale, ben quand je la fais les gens nous en reparlent après » (médecin 8).

« Vous savez les gens savent bien que depuis des années je fais du jogging....les gens savent que je suis sportif, ils savent aussi que je danse beaucoup et donc...mon exemple confirme le poids de mes recommandations » (médecin 15).

« Ils ont la sensation que nous, les médecins, nous sommes des exemples à donner et on est pas...euh...moi je ne suis pas, j'ai une vie qui n'est pas exemplaire... » (médecin 11).

Pour un médecin la pratique d'une AP n'était pas possible pour tout le monde, elle est facilitée par une connaissance des us et coutumes sportives.

« J'ai l'esprit sportif ! » (médecin 10).

## **Représentations de la prescription d'une activité physique**

L'essentiel des médecins s'estimait prescripteur d'AP la plupart du temps :

« Certainement pas tous non...mais je pense que 90% des gens je leur ai dit au moins une fois » (médecin 1).

« 90% pour ne pas dire 100% » (médecin 7).

« Tous ont eu un mot de ma part ça c'est sûr » (médecin 4).

Certains médecins pensaient en revanche ne pas prescrire suffisamment :

« Je n'insiste pas assez, parce qu'il y a le fait de dire et le fait d'insister » (médecin 2).

« Je dirais tous en général, mais pas suffisamment souvent » (médecin 6).

Pour certains d'entre eux, cette recommandation thérapeutique non médicamenteuse n'était pas considérée comme une prescription et ne rentrait pas dans le cadre d'une prescription

médicale:

« Ça ne me paraît pas être une prescription médicale, je pense que, voilà c'est un conseil » (médecin 4).

« Recommandation ! Prescription ça me gêne ....de dire ça » (médecin 14).

Recommander une activité physique ne faisait pas forcément partie des rôles du médecin pour une minorité des interrogés :

« C'est pas forcément du domaine médical...pour moi ça dépasse le domaine médical...c'est plus le bon sens pour tout le monde » (médecin 1).

Un autre a répondu, sur le fait de prescrire de l'AP « Ce n'est pas un de mes problèmes prioritaires » (médecin 2)

La prescription pour un des interrogés ne semblait pas seulement réservée au médecin :

« Je veux dire autant pour leur prescrire un antihypertenseur ou un antidiabétique il n'y a que nous, autant pour l'activité physique, il n'y a pas que nous » (médecin 2)

La prescription écrite de l'AP semblait difficile et plutôt rare, voire inexistante pour la plupart des médecins et sa formulation orale en conseil plus adaptée :

« Pff...comme je leur dis plein de choses euh je vais pas tout écrire » (médecin 2)

« Ça serait comme marquer sur l'ordonnance ne pas fumer, ne pas manger trop salé...je ne me vois pas le faire » (médecin 1)

« J'ai pas de support écrit et puis euh...pour moi ça fait partie de l'hygiène de vie voilà, c'est comme de se brosser les dents, je vais pas leur marquer de se brosser les dents matin et soir » (médecin 13).

« Je ne me suis jamais posé la question [au sujet de l'utilisation de la prescription écrite] » (médecin 8).

« Est-ce qu'il passe mieux ça je n'en sais rien ! En tout cas on n'a jamais essayé de le faire à l'écrit... » (médecin 9)

« Les patients ne regardent pas souvent les ordonnances finalement » (médecin 15).

« Moi je pense que cette ordonnance là elle va rester au fond du sac » (médecin 9).

Un autre a avoué parfois écrire « pour la blague » (médecin 3) afin de marquer les esprits.

Un des médecin disait écrire exceptionnellement sa prescription d'activité physique dans certains cas où il jugeait que celle ci avait un rôle plus important : « [à propos d'écrire la prescription d'AP] Ça m'arrive mais ça serait plus chez le diabétique où là l'activité physique est super importante quoi...mais enfin c'est rare » (médecin 5)

Néanmoins une très faible minorité percevait un certain symbole dans la prescription écrite et un impact supérieur à celui de l'oral :

« Ils me voient écrire et c'est un signe que j'y attache de l'importance » (médecin 5).

Même si au premier abord les médecins déclaraient tous une certaine aisance à prescrire l'AP quelques obstacles émergeaient chez certains comme l'obligation d'individualiser la prescription en fonction des antécédents pathologiques et de l'âge, l'aspect chronophage de ce type de consultation, la difficulté organisationnelle dans leur mode de fonctionnement tarifé à l'acte :

« Non, pas de frein, je pense qu'il y a toujours un moyen d'inciter à faire une activité physique aussi minime soit elle ... » (médecin 4).

« De moi même je n'ai aucune retenue à prescrire de l'activité physique, si j'estime que le patient doit avoir une activité physique sous quelque forme que ce soit, je lui dis » (médecin 6).

« Des freins ? Aucun ! Moi à ma prescription je dirais qu'il y en a aucun, après c'est à la possibilité pour les gens de faire, tu prescris pas euh, 10 km de marche à quelqu'un qui a les genoux en compote » (médecin 6).

« Par contre je crois qu'il faut bien connaître les patients, tu peux pas dire à quelqu'un que t'as jamais vu, quelqu'un de 45 ans qui viendrait pour reprendre du sport, que tu connais pas, qui n'est pas ton patient...tu fais gaffe quoi» (médecin 6).

« J'ai pas le temps, toujours d'aborder l'activité physique, parce que ...souvent c'est une consultation qui prend du temps de parler de ça... ».

« Le fait de ne pas y penser ou de ne pas prendre le temps...il y a une question de temps aussi hein parce que ça se rajoute au reste...il y a surtout une question de temps » (médecin 2).

« Je n'ai pas toujours le temps d'aborder l'activité physique parce que quand t'as déjà une demie heure, trois quart d'heure dans les dents...souvent c'est une consultation qui prend du temps de parler de ça donc euh... » (médecin 3).

« Par exemple, euh, les diabétiques...ils viennent tous les 3 ou 4 mois, je vais peut être en parler une fois l'année, mais je vais pas le dire à chaque consult' hein, c'est évident, j'ai pas le temps » (médecin 14).

Pour quelques médecins, la prescription d'AP s'accompagnait d'un argumentaire au patient nécessaire à son adhésion :

« Moi je suis assez demandeur d'informations sur les choses qui ne sont pas de l'ordre de la prescription médicamenteuse alors pourquoi pas...pour avoir un argumentaire auprès de mes patients » (médecin 1).

« Parce que quelque part c'est ce que tu recherches, c'est l'adhésion des patients puis de toi aussi, parce que de temps en temps tu fais pas de sport non plus... » (médecin 6).

Il semblait également exister des indications à la prescription d'AP au premier rang desquelles des antécédents pathologiques tels les antécédents d'accidents cardio-vasculaires, les pathologies rhumatologiques ou plus rarement les pathologies respiratoires mais aussi un terrain à risque comme les patients porteurs de facteurs de risques cardio-vasculaire ou enfin un type de population en particulier les enfants et les femmes ménopausées :

« je dirais qu'on peut presque conseiller à tout le monde mais spécialement quand même les diabétiques, les surpoids , et puis quand on a une arrière pensée de maladie cardio-vasculaire » (médecin 5).

« Alors préférentiellement ben c'est entre guillemets ceux qui en ont besoin, c'est à dire les obèses, les diabétiques, euh, les cardiaques » (médecin 6).

« Préférentiellement, ceux qui ont un profil cardio-vasculaire à risque, donc le diabétique, hypertendu, hypercholestérolémie, post infarctus...surpoids, enfin tous les facteurs de risques cardio-vasculaires » (médecin 7).

« Tous les gens qui ont des problèmes rhumato...tout ce qui est lombalgie...rachialgie » (médecin 2).

« Toutes les pathologies respiratoires j'y pense parce que j'ai vu les bienfaits chez certains patients qui m'ont bien écouté et voilà j'y crois » (médecin 14).

La nature de la prescription portait sur des activités locomotrices simples, répandues et populaires devant être pratiquées dans le but premier d'augmenter la dépense énergétique. Les types d'activités proposés étaient souvent les mêmes, ainsi tous les médecins interrogés ont proposé la marche, viennent ensuite la pratique du vélo et de la natation :

« Alors moi...la marche pour tout le monde » (médecin 13).

« Ben la marche à pied régulièrement ...c'est valable chez tout le monde » (médecin 15).

« Dans les principes d'activités physiques simples euh...marche natation vélo et compagnie » (médecin 3).



« Ça va être la marche le week-end, le vélo ou bah si on peut aller à la piscine une ou 2 fois par semaine » (médecin 2).

Une petite partie des interviewés rapporte conseiller l'activité de gym/gym douce pour les personnes plus âgées : « La gym douce pour la grand mère » (médecin 3).

Pour quelques uns la nature de la prescription portait sur des activités locomotrices déjà réalisées dans la vie quotidienne comme les déplacements ou le travail, mais en augmentant la quantité :

« Descendre une station plus tôt de leur bus...j'essaie de les inciter à faire du sport sans s'en apercevoir » (médecin 4).

« J'ai vu une patiente ce matin qui ne fait pas de sport mais elle est femme de ménage donc elle bouge toute la journée donc pour moi elle fait de l'activité physique dans son boulot » (médecin 4).

Seuls quelques rares prescripteurs estimaient important d'accorder la nature de l'AP prescrite aux goûts des patients pour une meilleure compliance :

« Si on force quelqu'un à faire un sport qu'il n'aime pas ben il va pas être assidu et ça va pas marcher » (médecin 13).

« Ben je vois avec eux ce qu'ils aiment...et je leur dis de faire ça régulièrement » (médecin 14).

La prescription en AP semblait obéir à la notion de posologie, à travers une quantité, une fréquence et une intensité :

« Les choses simples...30 minutes de marche soutenue, euh, par jour théoriquement » (médecin 1).

« ...Presque tous les jours, ou au mieux 3 fois par semaine » (médecin 3).

« ...Activité physique euh...quotidienne ou 3-4 fois par semaine euh, la petite demie heure qu'on devrait faire un peu tous, tous les jours » (médecin 9).

« Ben la marche à pied régulièrement ...c'est valable chez tout le monde, autrement chez les gens un peu plus jeunes on peut recommander le jogging » (médecin 15).

S'il semblait exister chez certains la notion d'une posologie juste d'AP, plusieurs médecins estimaient que certains de leurs patients atteignaient une dose maximale d'AP et soulevait l'idée d'un potentiel surdosage d'AP néfaste pour la santé :

« Il sont dans des usines, il marchent toute la journée ils ont compté, ils font 15 kms tous les jours...on va pas faire plus quoi ! » (médecin 13).

« Quand je vois un maçon je vais pas lui dire de faire du sport parce que c'est idiot, je vais plutôt lui dire de faire de la chaise longue » (médecin 12).

Au moins un médecin soulignait la méconnaissance de la bonne posologie d'AP de ses patients :

« Ils se disent qu'ils peuvent d'un coup faire des 10 kms, des semi-marathons des marathons alors qu'ils n'ont pas beaucoup d'entraînement » (médecin 14).

Un médecin exprimait l'impossibilité pratique de réaliser la dose recommandée d'AP :

« La femme de 35 ans qui a 3 enfants, qui gère sa maison, son ménage, son boulot euh, quand elle arrive à faire son heure de gym dans la semaine elle est déjà contente...il y a un moment on va pas tous se lever à 5 heure du matin pour aller courir » (médecin 9)

Certains médecins considéraient les patients sportifs suffisamment pratiquants et les excluent de la prescription de pratique d'AP :

« J'ai tout un groupe de cyclotouristes... je dois avoir un bon bout du club là enfin ceux là j'ai pas besoin de leur préconiser de l'activité physique » (médecin 14).

Certains semblaient penser que le niveau de pratique du prescripteur déterminait le niveau de la prescription d'AP :

« Moi personnellement je prescris beaucoup d'activité physique mais encore une fois ça dépend peut-être du profil du médecin aussi » (médecin 4).

« Je suppose qu'il y en a quelques uns qui passent à l'as hein, mais je le dis très souvent parce que j'y crois, je crois que c'est très intéressant et je pratique moi même une activité physique régulière » (médecin 15).

Un autre expliquait sur le fait que le médecin prescripteur d'AP soit sportif :

« Ben oui, parce que je pense que ça influence, c'est comme un médecin non fumeur, il sera plus persuasif dans la lutte contre le tabac qu'un médecin fumeur » (médecin 7)

## Discussion

Concernant les représentations de la prescription d'AP chez les médecins généralistes, notre étude montre que la plupart des médecins interrogés s'estimaient prescripteurs d'AP la plupart du temps. Ce résultat est contraire à ce que l'on retrouve dans la littérature qui met en évidence une faible promotion de l'activité physique par les médecins (28–30).

Même si les préconisations d'AP étaient globalement réfléchies selon la capacité physique de chaque patient, les médecins cherchaient peu à connaître les goûts ou antécédents de pratique d'APS pour personnaliser leurs conseils. Seuls certains semblaient estimer qu'adapter la PAP aux goûts des patients pourrait améliorer la compliance.

L'idée d'une prescription écrite ne semblait pas convaincre les médecins interrogés. La plupart ne le font jamais et n'en voient pas l'intérêt. Une grande partie des interrogés pensait même que les patients ne liraient pas la prescription, d'autres disaient ne pas avoir le temps. Ainsi le conseil oral personnalisé leur paraissait être la forme la plus adaptée à la PAP.

Toutefois un des interrogés donnait des brochures avec des messages de santé publique du PNNS (Programme National Nutrition Santé). Un autre a dit parfois écrire sur une ordonnance « pour la blague ». Enfin un dernier a dit exceptionnellement écrire sur une ordonnance lorsqu'il jugeait que l'AP avait une place plus importante dans la prise en charge. Cela montre bien que quelques uns pensaient que l'écrit pouvait renforcer le poids de la recommandation orale.

Le support familial de l'ordonnance nominative reste traditionnellement réservé, en France, aux prescriptions médicamenteuses ou à l'orientation vers d'autres professionnels de santé. Cependant une prescription écrite avec le type, l'intensité, la durée et la fréquence est tout à fait adaptée à la prescription d'AP, et apporte une efficacité supplémentaire, comme cela a été démontré dans d'autres pays (31).

Lorsque nous avons évoqué des ordonnances pré-remplies pour faciliter la prescription, la plupart des médecins étaient opposés. Certains avançaient l'idée que la PAP devait être personnalisée et que les ordonnances pré-remplies dépersonnaliseraient la prescription.

Malgré tout certains avouaient ne s'être jamais posé la question de l'importance de l'impact d'une prescription écrite. Une majorité semblait convaincue que l'écrit n'apporterait rien de plus.

Toutefois l'HAS, dans son rapport de 2011, lorsqu'elle définit les thérapeutiques non

médicamenteuses parmi lesquelles l'AP (27), met bien en évidence au travers d'une revue de littérature la symbolique de la prescription qui clôt la consultation. Une raison de plus de penser qu'une prescription d'activité physique écrite « concrétiserait » l'acte médical, à la fois aux yeux des patients comme aux yeux du médecin. Le patient sortant de sa consultation avec une ordonnance rédigée par les soins de son médecin aurait sûrement l'impression de ne pas avoir consulté inutilement. Il y a ici la symbolique très importante de la transmission du pouvoir de guérir du médecin au patient, ce qui a été souligné par un seul des médecins dans notre étude.

Une idée très forte pouvant expliquer en partie le désintérêt des médecins pour l'écrit était la non considération de l'activité physique comme prescription médicale mais davantage comme un conseil du même ordre que manger sainement ou se brosser les dents. Cette idée a été retrouvée dans des études précédemment réalisées auprès de médecins généralistes (32). Ainsi certains ont expliqué qu'ils n'allaient pas « tout écrire ».

Même si la plupart des médecins interrogés de l'étude estimaient que la PAP faisait désormais partie intégrante de leur consultation, certains en revanche considéraient que la promotion de l'AP n'appartenait pas forcément à leur rôle de médecin, sans toutefois l'écarter de leur exercice. Ainsi la prescription d'AP ne semblait pas leur être réservée.

Ce sont aussi les résultats retrouvés par l'étude suédoise menée par G. Persson parue en 2013 qui montre que la plupart des MG estiment que si le conseil d'AP informel fait partie de leur rôle, ils considèrent que prescrire en détail une AP, relève plus d'une prise en charge commune avec d'autres professionnels spécialisés dans ce domaine. Ils estiment aussi qu'augmenter l'AP dans la population ne relève pas que uniquement de leur responsabilité mais que les habitudes médicales de la société (sous-entendu, la consommation de médicament comme solution de facilité) doivent être changées. Ainsi ils considèrent que les patients ont leur part de responsabilité dans le fait de devenir actifs ou de l'être davantage puisqu'il s'agit avant tout d'accepter de modifier ses habitudes de vie et ceci doit faire l'objet d'une éducation précoce, l'école aurait donc aussi un rôle à jouer (32).

Dans l'étude de G. Persson les médecins souhaitaient également travailler avec des professionnels de l'activité physique afin de mieux encadrer les patients. Ceci a aussi été retrouvé dans notre étude puisque plusieurs participants ont émis l'idée qu'une activité de groupe et/ou un encadrement serait bénéfique pour les patients afin de favoriser la mise en mouvement et le maintien dans le temps.

Tulloch et al ont démontré dans leur revue systématique de 2006 que les interventions de prescription d'AP ayant la plus grande efficacité à long terme sur le niveau d'AP sont les interventions qui faisaient collaborer un médecin prescripteur initiant la démarche d'AP et orientant le patient vers un professionnel spécialisé en évaluation de l'AP. Ce dernier aide les patients à devenir plus actifs et les accompagne tout au long de cette démarche de changement (33).

Ainsi la profession d'éducateur en Activité Physique Adaptée (EAPA) joue un rôle grandissant dans les stratégies de prescription d'AP chez les patients porteurs de pathologie chronique.

D'ailleurs « The Green Prescription Program » en Nouvelle-Zélande qui existe depuis les années 90 consiste en une prescription d'AP par un MG ou une infirmière de soins primaires, le patient bénéficie ainsi du soutien d'un éducateur en AP et le médecin a un retour d'information permettant le suivi. Les études montrent que ce programme est un succès (34).

Au Royaume-Uni, le programme « Let's Get moving » permet, après une évaluation du niveau d'AP par un professionnel de santé en soins primaires, d'orienter les patients soit vers un programme d'AP supervisé ou vers une structure/association sportive, selon leur préférence. Un suivi régulier est proposé (35).

La ville de Strasbourg a mis en place en 2012 « Sport Santé sur Ordonnance », un dispositif permettant aux médecins généralistes de prescrire une AP à leurs patients en ALD. Ces derniers peuvent alors avoir les conseils d'un éducateur spécialisé en APA qui effectue un retour d'information au prescripteur. L'évaluation de cette action à un an est positive (36).

A propos des quelques médecins de notre étude qui considéraient que les recommandations d'AP ne faisaient pas forcément partie de leur rôle, une étude menée dans le Nord-Pas-de-Calais en 2003 faisait état du fait que les patients accordaient une grande importance aux conseils prodigués par leur médecin traitant en matière de prévention et que les messages passent mieux quand ils sont délivrés par le médecin que lors des campagnes de prévention. De plus, cette étude montre un réel changement de comportement suite aux conseils donnés par le médecin traitant (37).

Au sujet des représentations de l'activité physique, il est apparu au cours de ce travail que certains médecins semblaient considérer l'AP comme moins efficace que d'autres

thérapeutiques médicamenteuses. Par ailleurs, la plupart des études explorant l'opinion des MG vis-à-vis de la prescription d'AP retrouvent que celle-ci est généralement considérée comme moins efficace, voire accessoire, par rapport aux thérapeutiques médicamenteuses disponibles notamment dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires ou du diabète.

On retrouve dans la littérature le fait que certains médecins estiment mieux répondre aux attentes des patients avec des traitements médicamenteux car le résultat est bien plus rapide (32). De même au cours de notre étude certains ont semblé penser que l'AP pouvait être moins efficace que d'autres thérapeutiques non médicamenteuses. Ainsi ils plaçaient l'AP au second plan après les conseils diététiques par exemple. Les études montrent que les médecins jugent que l'AP est une question moins importante que le tabac, l'alcool ou l'alimentation lorsqu'ils parlent d'hygiène de vie avec leurs patients (32). Dans une enquête menée en 2011 auprès des 245 MG de l'agglomération montpelliéraine sur la prise en charge de l'obésité, Attalin et al trouvent aussi que les médecins interrogés considèrent l'AP comme une intervention de seconde intention, après l'alimentation (38).

Même si dans notre étude la majorité des interrogés affirmaient ne pas avoir de frein à la prescription d'AP, quelques obstacles ont toutefois été cités comme l'état de santé du patient, mais aussi le manque de temps qui a été avancé par beaucoup des interviewés. De même certains médecins ont expliqué parfois renoncer à inciter leur patients à pratiquer une AP de peur de les mettre en difficulté. Quelques uns ont même avoué que l'incitation à la pratique d'une AP pouvait engendrer une relation d'affrontement avec leurs patients, ces derniers se cherchant souvent des excuses pour cacher un réel manque de motivation.

En 2011 Hebert et al ont conduit une revue systématique sur le conseil d'AP en soin primaire et les trois principaux obstacles identifiés sont le manque de temps, le manque de connaissance ou d'expérience et le peu de réussite à changer le comportement des patients. Il mettent aussi en évidence que le manque d'intérêt et de motivation des patients constitue un obstacle majeur pointé par les médecins (39). Ceci est globalement en accord avec notre étude. On peut supposer que le manque de connaissances et d'expérience du médecin montré par l'étude d'Hebert et al pourrait en partie expliquer les difficultés de quelques médecins de notre étude à favoriser la pratique d'AP chez certains patients, que ce soit ceux manquant de motivation, ou ceux présentant des pathologies freinant la PAP chez le prescripteur.

Beaucoup de médecins de notre étude ont spontanément évoqué leur niveau d'activité

physique pour le mettre en corrélation avec la place qu'occupait la recommandation d'AP dans leur exercice médical. Ces derniers se projetaient ainsi à la place de leurs patients, ce qui pouvait entraîner un sentiment de culpabilité pour les plus sédentaires. Les médecins plus actifs, eux, estimaient avoir un rôle d'exemple en matière de pratique d'AP, renvoyant ainsi une image positive d'eux même.

Les études montrent que le médecin est un modèle pour son patient, et les conseils d'AP ont plus d'impact s'ils sont délivrés par quelqu'un lui-même physiquement actif (40). Dans l'étude de G. Persson, les médecins disent que c'est donner l'exemple que d'être soi-même physiquement actif (32). Lobelo et al soulignaient en 2009 que les médecins actifs promouvaient plus l'AP que les sédentaires (30).

Il apparaît que cela pourrait être une piste de travail intéressante pour l'avenir. Par son importance capitale, l'AP doit être largement promue par les médecins généralistes que ceux-ci soient actifs ou non. Si un médecin n'est pas assez insistant sur ce point, parce qu'il est lui-même sédentaire, on peut penser que c'est qu'il n'accorde pas à l'activité physique l'importance qu'elle mérite, probablement parce qu'il n'en mesure pas lui-même tous les bienfaits.

Nous avons pu constater dans les résultats de cette étude qu'une formation sur la prescription de l'activité physique et sur ses bienfaits n'intéressait pas beaucoup des interrogés. Parmi ceux qui rejetaient cette idée, certains évoquaient un manque de temps d'autres évoquaient l'absence de besoin de se former sur le sujet. Ces réponses sont en accord avec l'étude INPES de 2009 sur la formation dans le champ de l'éducation pour la santé (EPS) et de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Cette dernière étude montrait toutefois qu'une bonne moitié des médecins généralistes se formaient en ETP et EPS. De plus il semblerait que l'aspect financier ne soit que très rarement une source de motivation pour favoriser les formations en EPS et ETP (41). Ainsi la question de journées de formation sur les modalités de PAP, et sur les bienfaits de l'AP doit être bien pensée et adaptée à la pratique des soins primaires.

Ensuite, beaucoup des médecins interrogés déclaraient que leurs acquis et leur expérience suffisaient à leur pratique quotidienne soulignant ainsi que la PAP pouvait être basée sur des données empiriques et pas seulement scientifiques.

Pourtant le problème du manque de formation des médecins sur ce sujet a été souligné par le gouvernement lors du Rapport Préparatoire de la Commission Prévention, Sport et Santé de 2008, qui proposait que la formation des médecins sur l'AP passe de 2 heures prévues initialement dans le module 7 de la question 111 de l'ECN à 30 heures réparties sur la

PCEM2 et le DCEM1 puis que 5 à 6 questions soient intégrées au programme de l'ECN pour assurer une formation continue lors du cursus médical.

Dans le travail de thèse de N. Ballay en 2014, faisant un état des lieux de la prescription d'AP dans le Maine-et-Loire, il est retrouvé que seuls 51 % des médecins généralistes interrogés connaissent l'existence des recommandations OMS sur l'AP et que parmi ces 51% seuls 23% préconisaient la durée recommandée chez l'adulte, 16% chez les seniors et seulement 0,6% préconisaient la durée recommandée chez les enfants et les adolescents (42).

Une autre étude de N. Pellegrin en 2014 assez similaire réalisée dans le Nord-Pas-De-Calais retrouvait des résultats approchants (43).

Il y a donc des pistes de réflexions en terme de formation initiale et continue des médecins généralistes dans l'objectif d'améliorer les compétences professionnelles en terme de prescription de l'AP.

Les entrevues ont été réalisées grâce à une grille d'entretien rédigée par le doctorant, la formulation de certaines questions n'était pas assez ouverte.

On peut penser qu'il existe un biais de recrutement puisque le choix des médecins interrogés s'est fait, pour trois cabinets médicaux (soit 10 médecins au total), par le biais de connaissances y exerçant. Ainsi trois médecins connus par l'interviewer ont pu proposer à leurs collaborateurs de participer à ce travail de thèse. Pour les cinq médecins interrogés restants, le choix s'est fait selon leur lieu d'exercice (milieu rural) et par la présence de médecins femmes en leur sein et ce afin de varier au maximum l'échantillon. Ainsi vu le faible nombre de cabinets médicaux ayant participé à l'étude, on peut penser que les pratiques au sein de chaque structure pouvaient se ressembler et donc entraîner une plus faible diversité des réponses.

La question « A quel type de patient préconisez-vous préférentiellement une AP ? » présentait un biais de formulation puisque très logiquement les patients à risques cardiovasculaires ont été largement cités, avec les patients obèses et les patients atteints de rhumatismes. Notons que quelques médecins ont spontanément contourné le mot « préférentiellement » pour répondre que l'AP devait être recommandée à tous, un des interviewés a même relevé que dans notre question le terme « préférentiellement » induisait un biais de réponse.

Une question interrogeait les médecins sur leurs compétences personnelles : « Selon vous quel pourcentage de vos patients qui le nécessitent bénéficient de vos conseils/recommandations en activité physique? » Le répondant a donc pu avoir une



tendance naturelle à se valoriser aux yeux de l'enquêteur, même s'il répondait de manière anonyme. Par ce biais de désirabilité sociale nous pouvons suspecter une surévaluation de réponses positives par rapport à la réalité.

## Conclusion

Malgré les bénéfices démontrés de l'AP, une part importante de la population n'atteint pas le niveau recommandé par l'OMS et l'évolution de notre société favorise la sédentarité. Les effets du manque d'activité physique ont de graves conséquences en termes de morbi-mortalité et de dépenses de santé. Afin d'améliorer cette situation, tous les acteurs de soins primaires, les médecins généralistes en première ligne, peuvent avoir un rôle. Cette étude, même si elle montre que les MG du Maine-et-Loire considèrent l'AP comme importante et qu'ils la préconisent assez largement, met aussi en évidence quelques freins à la PAP. Bien que l'efficacité de la prescription écrite soit supérieure au conseil oral simple, les MG maino-ligériens n'en sont pas convaincus. Il apparaît que les médecins ne considèrent pas tous l'AP comme pouvant être une prescription médicale et certains jugent cette dernière moins efficaces que d'autres thérapeutiques (médicamenteuses ou non), la relayant ainsi au second plan. Les médecins interrogés ont évoqué des difficultés à motiver les patients à débiter la pratique d'une AP. Cette étude a aussi mis en évidence le fait que dans les recommandations données par les MG aux patients, les préférences de ces derniers en matière d'AP entraient peu en considération. Les MG avaient tendance à suivre les recommandations standards sans forcément se soucier des préférences du patient. Le manque de temps des MG, largement évoqué par les interrogés, peut en être la cause, puisque selon eux c'est un des freins principaux à la PAP. Ils soulignaient également le fait que les patients manquaient d'encadrement ce qui ne favorisait pas la pratique d'AP. De plus certains MG estimaient que la promotion d'AP ne leur était pas forcément réservée. N. Pellegrin lors de son étude sur la région Lens-Henin en 2014 montrait que les MG souhaiteraient travailler avec des éducateurs sportifs afin de pallier leur manque de temps dans la PAP. C'est une piste de travail intéressante d'autant que ce type de prise en charge existe déjà dans d'autre pays et qu'il semblerait que les résultats soient encourageants. Enfin notre étude montre que les MG interrogés paraissent attachés à l'image qu'ils renvoient aux patients, et qu'ils soient eux même sédentaires ou actifs semble avoir un impact sur leur PAP. Pourtant dans son travail de thèse N. Ballay trouvait que le niveau de pratique d'AP des MG du Maine-et-Loire n'influait pas leur niveau de PAP. Ce point mériterait d'être précisé par une étude complémentaire.

Devant la réticence des MG maino-ligériens à se former sur l'AP, on pourrait envisager, plutôt que des journées de formations théoriques, des groupes de pairs durant lesquels ils partageraient leurs expériences sur leur PAP sur la manière dont ils obtiennent l'adhésion

des patients. Ensuite il pourrait être intéressant de recentrer la PAP sur le patient en se souciant de ses préférences. Devant le manque de temps évoqué par les MG, on pourrait imaginer faire participer des spécialistes en AP qui pourraient, eux, étudier les souhaits réels du patients, en s'inspirant des expériences faites en France et à l'étranger. Enfin il semble important de favoriser la prescription écrite par les MG, ne serait ce que par la symbolique majeure que constitue la rédaction d'une ordonnance.

Rapport-Gratuit.com

## **Bibliographie**

1. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Organisation Mondiale de la Santé; 2011.
2. 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*. 21;380(9838):219–29.
3. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*. 21;380(9838):247–57.
4. Escalon H, Bossard C, Beck F, Bachelot-Narquin R. Baromètre santé nutrition 2008. INPES St-Denis. 2009;
5. Assureurs Prévention. Activité physique ou sportive. Quels facteurs influencent la pratique des Français? 3<sup>ème</sup> enquête nationale. 2014 juin.
6. De la Santé OM. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Rapp Secrétariat. 2004;
7. INSERM. Activité physique contexte et effet sur la santé. 2008 Mar.
8. Ketelhut RG, Franz IW, Scholze J. Regular exercise as an effective approach in antihypertensive therapy. *Med Sci Sports Exerc*. 2004;36(1):4–8.
9. Leon AS, Sanchez OA. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. *Med Sci Sports Exerc*. 2001;33(6 Suppl):S502–15.
10. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2001;344(18):1343–50.
11. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346(6):393.
12. Hagberg JM, Park J-J, Brown MD. The role of exercise training in the treatment of hypertension. *Sports Med*. 2000;30(3):193–206.
13. Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Jama*. 2001;286(10):1218–27.
14. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Physical activity and mortality in older men with diagnosed coronary heart disease. *Circulation*. 2000;102(12):1358–63.

15. Morris J, Pollard R, Everitt M, Chave S, Semmence A. Vigorous exercise in leisure-time: protection against coronary heart disease. *The Lancet*. 1980;316(8206):1207–10.
16. Hill JO, Wyatt HR. Role of physical activity in preventing and treating obesity. *J Appl Physiol*. 2005;99(2):765–70.
17. Friedenreich CM. Physical activity and cancer prevention from observational to intervention research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2001;10(4):287–301.
18. Valimaki MJ, Karkkainen M, Lamberg-Allardt C, Laitinen K, Alhava E, Heikkinen J, et al. Exercise, smoking, and calcium intake during adolescence and early adulthood as determinants of peak bone mass. *Bmj*. 1994;309(6949):230–5.
19. Cooper C, Barker D, Wickham C. Physical activity, muscle strength, and calcium intake in fracture of the proximal femur in Britain. *BMJ*. 1988;297(6661):1443.
20. Thomas K, Muir K, Doherty M, Jones A, O'Reilly S, Bassey E. Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial. *Bmj*. 2002;325(7367):752.
21. Moffett JK, Torgerson D, Bell-Syer S, Jackson D, Llewlyn-Phillips H, Farrin A, et al. Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs, and preferences. *Bmj*. 1999;319(7205):279–83.
22. Fox KR. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutr*. 1999;2(3a):411–8.
23. Chen H, Zhang S, Schwarzschild M, Hernan M, Ascherio A. Physical activity and the risk of Parkinson disease. *Neurology*. 2005;64(4):664–9.
24. Larson EB, Wang L, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, Crane P, et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med*. 2006;144(2):73–81.
25. Ministère de la Santé. Programme national nutrition santé - 2011-2015.
26. Carré F. Danger sédentarité: Vivre plus en bougeant plus. *Le Cherche Midi*; 2013.
27. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011.
28. Anis NA, Lee RE, Ellerbeck EF, Nazir N, Greiner KA, Ahluwalia JS. Direct observation of physician counseling on dietary habits and exercise: patient, physician, and office correlates. *Prev Med*. 2004;38(2):198–202.
29. Glasgow RE, Eakin EG, Fisher EB, Bacak SJ, Brownson RC. Physician advice and support for physical activity: results from a national survey. *Am J Prev Med*. 2001;21(3):189–96.

30. Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med.* 2009;43(2):89–92.
31. Smith BJ, Bauman AE, Bull FC, Booth ML, Harris MF. Promoting physical activity in general practice: a controlled trial of written advice and information materials. *Br J Sports Med.* 2000;34(4):262–7.
32. Persson G, Brorsson A, Hansson EE, Troein M, Strandberg EL. Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner’s perspective—a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2013;14(1):1–8.
33. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: who has and who should be counseling? *Patient Educ Couns.* 2006;64(1):6–20.
34. Ministry of Health, New-Zealand. How the Green Prescription works [Internet]. 2014. Available from: <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions/how-green-prescription-works>
35. Bull F, Milton K. Let’s Get Moving: a systematic pathway for the promotion of physical activity in a primary care setting Let’s Get Moving was developed based on National Guidance on effective interventions on physical activity released in the United Kingdom in 2006. *Glob Health Promot.* 2011;18(1):59–61.
36. Ville de Strasbourg. Prescription médicale d’activité physique modérée : “Sport santé sur ordonnance” [Internet]. 2012. Available from: [http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/STRASBOURG\\_action\\_sport\\_sante.pdf](http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/STRASBOURG_action_sport_sante.pdf)
37. Lacoste O, Sampil M, Labbe E, Brosh S, Lebas E, Majeb B, et al. Appréciation de la qualité et satisfaction de la population vis à vis de la prévention et de la médecine de vie. *Santé Publique Qual Régionale.* 2004;
38. Attalin V, Romain A-J, Avignon A. Physical-activity prescription for obesity management in primary care: attitudes and practices of GPs in a southern French city. *Diabetes Metab.* 2012;38(3):243–9.
39. Hébert ET, Caughey MO, Shuval K. Primary care providers’ perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2012;46(9):625–31.
40. Duclos M, Coudeyre E, Ouchchane L. General practitioners’ barriers to physical activity negatively influence type 2 diabetic patients’ involvement in regular physical activity. *Diabetes Care.* 2011;34(7):e122–122.
41. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. St-Denis Inpes Coll Baromètres Santé. 2011;

42. Ballay, Nicolas. Etat des lieux de la prescription d'activité physique par les médecins généralistes du Maine et Loire. Angers; 2014.
43. Pellegrin, Nicolas. Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin. [Faculté de médecin Henri Warembourg]: Lille; 2014.

## Table des matières

<b>Introduction :</b> .....	<b>9</b>
<b>Matériel et méthode :</b> .....	<b>12</b>
<b>Résultats :</b> .....	<b>13</b>
Représentations de l'activité physique chez les médecins généralistes.....	13
Représentations de la prescription d'une activité physique .....	19
<b>Discussion:</b> .....	<b>25</b>
<b>Conclusion :</b> .....	<b>32</b>
<b>Bibliographie :</b> .....	<b>34</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>38</b>
<b>Annexe 1 : Guide d'entretien</b> .....	<b>39</b>
<b>Annexe 2 : Verbatim des entretiens</b> .....	<b>41</b>



## **Annexe 1 : Guide d'entretien**

**Si je vous dis activité physique qu'est ce qui vous vient spontanément à l'esprit ?**

**Pensez vous être suffisamment informé sur l'activité physique et ses bienfaits ?**

Si Oui comment êtes vous informé ?

Si non selon vous pourquoi n'êtes vous pas suffisamment informé (manque d'intérêt personnel sur le sujet ? manque de littérature sur le sujet ? littérature non adaptée à la pratique ?)

**Quelle est la place, selon vous, de la prescription de l'activité physique dans la démarche de soin en médecine générale ? Comment la considérez vous ?**

Préventif ?

Thérapeutique ?

Type de traitement à part entière ?

En complément d'un traitement médicamenteux ?

**Vous sentez vous à l'aise pour recommander une activité physique aux patients ?**

Si oui Pourquoi ?

Si non Pourquoi ?

**Dans votre pratique quotidienne a quel profil de patient préconisez vous préférentiellement une activité physique ?**

Profil de patient

Pathologies

Bénéfices attendus

**Quels sont les conseils/recommandations que vous donnez le plus souvent ?**

Pourquoi ?

**Sous quelle formes dispensez vous vos recommandations/conseils ?**

(Oral/ordonnance/papier libre) ?

Pourquoi ?

Pensez vous que les patients liraient les prescriptions écrites?

Pensez vous qu'il y a ou qu'il y aurait plus d'impact par écrit ?

**Pensez vous que des ordonnances pré-remplies à compléter favoriseraient votre prescription d'activité physique ?**

Si oui Pourquoi ?

Si non Pourquoi ?

**Selon vous quel pourcentage de vos patients qui en ont besoin bénéficient de vos conseils sur l'activité physique ?**

Plus de la moitié ? Moins de la moitié ? Plus des 3/4

**Y a t'il des freins à votre prescription d'Activité physique ?**

**Selon vous qu'est ce qui pourrait faire que les patients que vous prenez en charge soient plus actifs ? Qu'est ce qui les freine à pratiquer une activité physique ?**

Que pensez vous à ce sujet ?

Qu'est ce que les patients vous disent ?

**Si des journées de formation sur l'intérêt de l'activité physique et sa prescription existaient, vous inscririez vous ?**

Si oui Pourquoi ?

Si non Pourquoi ?

## **Annexe 2 : Verbatim des entretiens**

PERMIS D'IMPRIMER

## THÈSE DE Monsieur Lubin Rémi

**Vu, le Directeur de thèse**

  
**Docteur Antoine BRUNEAU**  
Centre Régional de Médecine du Sport  
CHU 49933 ANGERS Cedex  
Tél. : 02 41 35 40 93  
N° RPPS 10100033050

**Vu, le Président du jury de thèse**

  
**Prof. Pierre ABRAHAM**  
Centre Hospitalier Universitaire  
49933 Angers France  
P.abraham@chu-angers.fr +33 (0) 2 41 35 36 89

**Vu, le Doyen de la  
Faculté de Médecine  
d'ANGERS**

  
Professeur I. RICHARD

**Vu et permis d'imprimer**



**Rapport-Gratuit.com**