



<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>

ANNÉE 2019 N°75

Freins à la mise en place du dispositif Sport Sur Ordonnance en Haute-Savoie:
Regard croisé entre médecins généralistes et enseignants en activité physique adaptée

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1 et soutenue publiquement le 02 Avril 2019 en vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

CHARVIEUX Baptiste
Né le 16 Février 1991 à Rouen

Sous la direction du Dr Fabien ROBERT

COMPOSITION DU JURY

Président:

Madame le Professeur Marie FLORI

Membres:

Monsieur le Professeur Emmanuel DISSE

Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ

Monsieur le Docteur Fabien ROBERT

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2018-2019

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen :Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur: Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur: Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur: Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses; Tropicales
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition - Endocrinologie
LAVILLE Maurice	Thérapeutique - Néphrologie
LINA Gérard	Bactériologie
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MION François	Physiologie
MORNEX Françoise	Cancérologie; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SALLES Gilles	Hématologie; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato –Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KASSAI KOUPI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale

LONG Anne
LUAUTE Jacques
PAPAREL Philippe
PEYRON François
PICAUD Jean-Charles
POUTEIL-NOBLE Claire
PRACROS J. Pierre
RIOUFFOL Gilles
RUFFION Alain
SALLE Bruno
SANLAVILLE Damien
SAURIN Jean-Christophe
SERVIEN Elvire
SEVE Pascal
THOBOIS Stéphane
TRONC François

Médecine vasculaire
Médecine physique et Réadaptation
Urologie
Parasitologie et Mycologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et Imagerie médicale
Cardiologie
Urologie
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Génétique
Hépatogastroentérologie
Chirurgie Orthopédique
Médecine Interne, Gériatrique
Neurologie
Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric
BELOT Alexandre
BOHE Julien
BREVET-QUINZIN Marie
CHO Tae-hee
HOTEL Franck
COTTE Eddy
COURAND Pierre-Yves
COURAUD Sébastien
DALLE Stéphane
DEVOUSSOUX Gilles
DISSE Emmanuel
DUPUIS Olivier
FRANCO Patricia
GHESQUIERES Hervé
GILLET Pierre-Germain
HAUMONT Thierry
LASSET Christine
LEGA Jean-Christophe
LEGER FALANDRY Claire
LUSTIG Sébastien
MOJALLAL Alain-Ali
NANCEY Stéphane
PASSOT Guillaume
PIALAT Jean-Baptiste
REIX Philippe
ROUSSET Pascal
TAZAROURTE Karim
THAI-VAN Hung
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
VOLA Marco
WALLON Martine
WALTER Thomas
YOU Benoît

Neurochirurgie
Pédiatrie
Réanimation urgence
Anatomie et cytologie pathologiques
Neurologie
Chirurgie Infantile
Chirurgie générale
Cardiologie
Pneumologie
Dermatologie
Pneumologie
Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Physiologie - Pédiatrie
Hématologie
Biologie Cell.
Chirurgie Infantile
Epidémiologie., éco. Santé
Thérapeutique – Médecine Interne
Médecine interne, gériatrie
Chirurgie. Orthopédique,
Chirurgie. Plastique.,
Gastro Entérologie
Chirurgie Générale
Radiologie et Imagerie médicale
Pédiatrie -
Radiologie imagerie médicale
Médecine Urgence
Physiologies - ORL
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie – Hépatologie
Cancérologie

PROFESSEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

BONIN Olivier

PROFESSEUR ASSOCIE sur Contingent National

PIERRE Bernard

Cardiologie

PROFESSEURS - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy

ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian

PERDRIX Corinne

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique

CALLET-BAUCHU Evelyne

DIJOURD Frédérique

LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline

MASSIGNON Denis

RABODONIRINA Meja

VAN GANSE Eric

Biochimie et Biologie moléculaire

Hématologie; Transfusion

Anatomie et Cytologie pathologiques

Biologie et Médecine du développement et de la reproduction

Hématologie – Transfusion

Parasitologie et Mycologie

Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline

COURY LUCAS Fabienne

DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam

DESESTRET Virginie

FRIGGERI Arnaud

DUMITRESCU BORNE Oana

GISCARD D'ESTAING Sandrine

LOPEZ Jonathan

MAUDUIT Claire

MILLAT Gilles

PERROT Xavier

PONCET Delphine

RASIGADE Jean-Philippe

NOSBAUM ép ROSSIGNOL Audrey

SUJOBERT Pierre

VALOUR Florent

VUILLEROT Carole

Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière.

Rhumatologie

Anatomie et cytologie pathologiques

Cytologie – Histologie

Anesthésiologie

Bactériologie Virologie

Biologie et Médecine du développement et de la reproduction

Biochimie Biologie Moléculaire

Cytologie – Histologie

Biochimie et Biologie moléculaire

Physiologie - Neurologie

Biochimie, Biologie cellulaire

Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

Immunologie

Hématologie - Transfusion

Mal infect.

Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BOLZE Pierre-Adrien	Gynécologie Obstétrique
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne - Gériatrie
KOPPE Laetitia	Néphrologie
PETER DEREK	Physiologie - Neurologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie
SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire.
SUBTIL Fabien	Bio statistiques
VISTE Anthony	Anatomie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

SUPPER Irène

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CARRET Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière
DUBOIS Jean-Pierre	Médecine générale
LLORCA Guy	Thérapeutique
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
TEBIB Jacques	Rhumatologie

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

A Mme le Professeur Marie FLORI,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury. Merci de m'avoir accompagné durant ce projet, de votre disponibilité et de vos conseils pour que mon travail soit le plus abouti possible. Soyez assurée de mon plus profond respect.

A Mr le Professeur Emmanuel DISSE,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail en faisant partie de mon jury de thèse. Votre point de vue sera très enrichissant pour mon travail.

A Mr le Professeur Christian DUPRAZ,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Mr le Dr Fabien ROBERT,

Merci de m'avoir accompagné tout au long de mon internat depuis ma première garde aux urgences, et de m'avoir permis de continuer à travailler avec toi en m'accompagnant tout au long de mon travail. Merci de ton implication dans ce projet. Je suis conscient de la chance que j'ai eue de bénéficier de tes conseils et de ta disponibilité. Sois sûr de tout mon respect et mon amitié envers toi.

A ma famille

A mes parents, merci de tout ce que vous avez fait pour moi tout au long de ma vie. Merci de l'éducation que vous m'avez donnée, des valeurs que vous m'avez enseignées, de votre soutien sans faille tout au long de ma vie et de mes études. Merci des kilomètres parcourus tous les week-ends pour les matchs de basket. Merci de l'amour que vous vous portez l'un envers l'autre et que vous nous avez transmis à tous les trois. Je ne serais pas ici sans vous.

A ma sœur Marie, merci d'avoir été présente tout au long de notre enfance, même quand les temps étaient difficiles. Merci pour les moments de fous rires que l'on a pu partager, même s'ils deviennent plus rares avec la distance. Merci de me rendre fier et de m'inspirer par ta volonté, ta réussite et tes envies d'aventure. Tu resteras toujours ma petite sœur chérie.

A mon frère Antonin, le «petit chouchou» de la famille. Merci de partager mes passions, merci de nos moments de complicité. Tu me rends fier par ta réussite et ta joie de vivre, bon courage pour la suite de tes études. Continue sur la même lancée, que tu as si bien entamée. Je serai toujours présent pour t'accompagner dans tes projets.

A mes grands-parents. Merci d'avoir participé à mon éducation et de me rendre meilleur au quotidien. Merci pour tous les souvenirs que je garde grâce à vous.

A mes oncles et tantes, et mes cousins. Merci pour tout le bonheur que vous m'apportez et tous les souvenirs que je garde grâce à vous.

A mes beaux-parents, Christophe et Majo, merci de votre soutien, merci de m'accueillir si chaleureusement dans votre famille, et merci de laisser votre fille me supporter au quotidien.

A Justine, merci de tout le soutien que tu m'as apporté pendant ce travail. Au-delà de ça, merci de partager ma vie, de me donner le sourire au quotidien, de me remotiver quand je baisse les bras. Je suis chanceux de t'avoir près de moi, tu me donnes envie d'être meilleur. Il est enfin temps de concrétiser les beaux projets qui nous attendent. Merci pour ces années d'amour et la suite qui promet d'être encore plus belle. Merci d'être toi, tout simplement.

A mes amis

A mes frérots du FALEX, merci d'avoir toujours été là pour moi, merci des moments de bonheur que j'ai pu partager avec vous depuis tant d'années. Si la distance ne nous permet pas de nous voir autant, vous comptez et compterez toujours autant pour moi.

A mes amis du basket, merci à tous de partager cette passion qui fait partie intégrante de ma vie depuis tout jeune. Ces rencontres m'ont marqué pour toujours. Une pensée particulière aux «Tuche Daddy», 10 ans après le titre la famille est toujours intacte, vous avez une place particulière dans mon cœur à tout jamais.

A mes amis carabins Rouennais, que de souvenirs partagés. Vous avez tous participé à ce que je suis devenu aujourd'hui, j'ai des souvenirs avec vous qui ne s'éteindront jamais.

A mes amis de l'internat, que de belles rencontres qui promettent un bel avenir. Merci à vous pour tous les moments passés depuis 3 ans maintenant, merci de partager mon quotidien.

A tous les participants de l'étude, merci de votre implication et de votre temps consacré à mon travail. Bonne continuation dans tous vos projets personnels et professionnels.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	12
1 INTRODUCTION	14
1.1 Définitions.....	15
1.2 L'activité physique: un enjeu de santé publique	17
1.2.1 Épidémiologie	17
1.2.2 Conséquences de la sédentarité	19
1.2.3 Bénéfices de l'activité physique.....	20
1.2.4 Recommandations mondiales d'activité physique pour la santé.....	23
1.3 Promotion de l'activité physique dans le monde	25
1.3.1 Au Royaume-Uni.....	25
1.3.2 En Nouvelle-Zélande.....	25
1.3.3 Au Québec	26
1.3.4 En Suisse	26
1.4 Promotion de l'activité physique en France.....	27
1.4.1 Le plan national nutrition santé (PNNS)	27
1.4.2 Les autres plans de santé	28
1.4.3 Les actions locales/réseaux de soins	29
1.5 Le sport sur ordonnance	35
1.5.1 Historique	35
1.5.2 Législation	35
1.5.3 En pratique	36
1.6 Limites et freins à la prescription d'activité physique	38
1.7 Un premier élément de réponse: les recommandations HAS.....	39
1.8 Organisation du sport sur ordonnance en Haute-Savoie	40
1.9 Problématique	40
2 MATÉRIEL ET MÉTHODE	41
2.1 Objectifs de l'étude	41
2.2 Choix de la méthode.....	41
2.3 Organisation des focus groupes	41
2.4 Analyse des données	42
3 RÉSULTATS.....	43
3.1 Population	43
3.2 Vision globale de l'activité physique	43
3.2.1 Importance de l'activité physique dans la prise en charge.....	43
3.2.2 Patients concernés par l'activité physique.....	44
3.2.3 Type d'activités	47
3.2.4 Bénéfices attendus.....	49
3.3 La relation médecin généraliste – enseignant en activité physique adaptée	52
3.3.1 Le rôle théorique du médecin.....	52
3.3.2 Rôle de l'enseignant en activité physique adaptée	53
3.4 Freins à la mise en place du dispositif	55
3.4.1 Dans la prescription.....	55
3.4.1.1 Manque de connaissance des médecins.....	55
3.4.1.2 Manque de temps.....	57
3.4.1.3 Les médecins traitants ne se sentent pas capables de prescrire	57
3.4.1.4 Peur de la responsabilité à travers la prescription	57
3.4.2 Manque de motivation.....	58
3.4.2.1 Du prescripteur	58
3.4.2.2 Du patient	58
3.4.3 Dans l'organisation du dispositif.....	58

3.4.3.1	Manque d'offre	58
3.4.3.2	Organisation du territoire	59
3.4.3.3	Aspects logistiques	61
3.4.3.4	Perdus de vue.....	63
3.4.4	Dans la communication	63
3.4.4.1	Dans l'information générale	63
3.4.4.2	Dans la communication locale	65
3.4.5	Le financement	66
3.4.6	Le relais à la sortie du programme	67
3.5	Solutions proposées pour développer le dispositif sur le territoire	70
3.5.1	Dans la prescription.....	70
3.5.1.1	Proposer et suivre des formations	70
3.5.1.2	Dans les modalités de prescription	71
3.5.2	Dans la communication	71
3.5.2.1	Auprès des patients.....	71
3.5.2.2	Communication générale.....	71
3.5.2.3	Localement, entre professionnels	72
3.5.3	Dans l'organisation.....	77
3.5.4	Dans le financement	78
3.5.5	Dans le relais à la suite du programme.....	79
3.5.6	Certains freins ne sont pas du ressort des acteurs locaux	80
4	DISCUSSION.....	82
4.1	Discussion des résultats et comparaison avec la littérature	82
4.1.1	Une vision positive de l'activité physique adaptée	82
4.1.2	Manque de formation des prescripteurs	82
4.1.3	Importance de la motivation du patient et du prescripteur	83
4.1.4	Une offre de soins encore imprécise	84
4.1.5	Importance de la communication locale.....	84
4.1.6	Une organisation pérenne du dispositif départemental à trouver	85
4.1.7	Un financement pérenne à trouver	85
4.1.8	Importance d'un relais fiable à la sortie du programme pour pérenniser l'activité	86
4.2	Forces et faiblesses de l'étude	87
4.2.1	Limites.....	87
4.2.2	Forces	88
4.3	Perspectives à l'issue de l'étude	89
4.3.1	Importance de la formation	89
4.3.2	Un dispositif à faire connaître	89
4.3.3	Une communication locale à développer	90
4.3.4	Création d'une consultation dédiée	90
4.3.5	Un financement à inventer	91
4.3.6	L'activité physique en prévention primaire: intérêt à étendre le dispositif au-delà de l'ALD?. 91	
5	Conclusion	93
6	Bibliographie	95
7	Annexes.....	102

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACCES: Accompagnement Coordination Complexité Conseil Éducation Santé

ALD: Affection de longue durée

AOMI: Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

AP: Activité physique

APA: Activité physique adaptée

APS: Activités physiques et sportives

ARS: Agence régionale de santé

BPCO: Bronchopneumopathie chronique obstructive

CDOS: Comité départemental olympique et sportif

CLIC: Centre local d'information et de coordination

CNCI: Certificat de non contre-indication

CPAM: Caisse primaire d'Assurance Maladie

DPC: Développement professionnel continu

DRJSCS: Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

EHPAD: Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENNS: Etude nationale nutrition santé

FITT-VP: Fréquence – Intensité – Temps – Type – Volume - Progression

FMC: Formation médicale continue

HAS: Haute autorité de santé

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

IRBMS: Institut de recherche du bien-être, de la médecine et du sport-santé

MET: Metabolic Equivalent Task

MG: Médecin généraliste

MOOC: Massive open online course

OMS: Organisation mondiale de la santé

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

PAPRICA: Physical Activity promotion in PRImary CAre

PNAPS: Plan national de prévention par l'activité physique et sportive

PNNS: Programme national nutrition santé

PNNSBE: Plan national sport, santé, bien-être

SFPAPA: Société française des professionnels de l'activité physique adaptée

SISRA: Système d'information de santé en Rhône-Alpes

STAPS: Sciences et techniques des activités physiques et sportives

UFOLEP: Union française des œuvres laïques d'éducation physique

UFR: Unité de formation et de recherche

1 INTRODUCTION

1.1 Définitions

1.1.1 Santé

D'après l'OMS, «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. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.» (1)

1.1.2 Activité physique

On entend par activité physique tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique. (2)

L'intensité des différentes formes d'activité physique varie d'une personne à l'autre. Cette intensité dépend de l'expérience antérieure de chacun en matière d'exercice ainsi que de son niveau de forme physique. On quantifie l'intensité d'une activité physique en METs (Equivalent métabolique ou Metabolic Equivalent Task), 1 MET correspondant à l'activité de repos, allongée. (2)

- Une activité physique d'intensité modérée représente une intensité de 3 à 5,9 METs. Elle demande un effort moyen et accélère sensiblement la fréquence cardiaque. Il s'agit par exemple de marcher d'un pas vif, danser, jardiner, s'acquitter de travaux ménagers et domestiques, sortir son animal domestique, faire du bricolage.
- Une activité physique d'intensité élevée représente une intensité supérieure à 6 METs. Elle demande un effort important, le souffle se raccourcit et la fréquence cardiaque s'accélère considérablement. Il s'agit par exemple de courir, marcher d'un pas vif, grimper une côte ou faire du vélo à vive allure, faire de l'aérobic, nager à vive allure, faire des sports et jeux de compétition (football, volleyball, hockey, basket-ball), faire des travaux de force.

1.1.3 Sport

On entend par «sport» toutes formes d'activités physiques et sportives qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux. (3)

1.1.4 Activités physiques adaptées

Le concept d'activités physiques adaptées apparaît dans les années 1970 au Québec. Il est introduit en Europe en 1979 grâce au Pr Jean-Claude De Potter, qui le définit en 2004 comme «tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.» (4).

Les Activités Physiques Adaptées (APA) regroupent aujourd'hui l'ensemble des Activités Physiques et Sportives, adaptées aux capacités de la personne. Elles sont dispensées auprès des personnes (enfant-adultes) en situation de handicap, et/ou vieillissantes, atteintes de maladie chronique, ou en difficulté sociale, à des fins de prévention, de rééducation, de réadaptation, de réhabilitation, de réinsertion, d'éducation et/ou de participation sociale. (5)

1.1.5 Enseignant en activité physique adaptée

L'Activité Physique Adaptée correspond à une intervention professionnelle qui relève d'une formation universitaire spécifique (filères APA et Santé des UFR STAPS, niveau licence et master). Elle mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour évaluer les ressources et les besoins spécifiques des populations et concevoir des dispositifs et des projets d'intervention qui mobilisent des compétences d'enseignement des activités physiques, sportives ou artistiques. (5)

L'Enseignant en APA est titulaire d'une Licence STAPS mention APA et Santé. Il intervient auprès de personnes dont les aptitudes physiques, psychologiques ou conditions sociales réduisent leur niveau d'activité et leur participation sociale. Il s'agit notamment de personnes en situation de handicap, de personnes atteintes de maladies chroniques, de personnes en difficulté d'insertion sociale et des personnes avançant en âge. L'Enseignant en APA propose des situations motrices d'enseignement qui utilisent des activités physiques, sportives ou artistiques dans des conditions techniques, matérielles, réglementaires et motivationnelles adaptées à la situation et à la sécurité du pratiquant, dans un objectif de rééducation, de réadaptation, d'éducation, de prévention et/ou d'insertion sociale. (5) (6)

1.1.6 Inactivité physique

L'inactivité physique se caractérise par un niveau insuffisant d'activité physique ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé pour la santé. (7)

1.1.7 Sédentarité

La sédentarité se définit par toute activité représentant moins d'1,6 METs.

Le comportement sédentaire est un ensemble de comportements au cours desquels la position assise ou couchée est dominante. La dépense d'énergie par l'organisme associée à ces comportements est très faible, voire nulle. Les activités sédentaires sont par exemple regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo, travailler sur ordinateur, lire, conduire, etc. (8)

Elle est à considérer de manière indépendante de l'(in)activité physique. Il est en effet possible d'être physiquement actif tout en accumulant des comportements sédentaires et ce, sur une même journée.

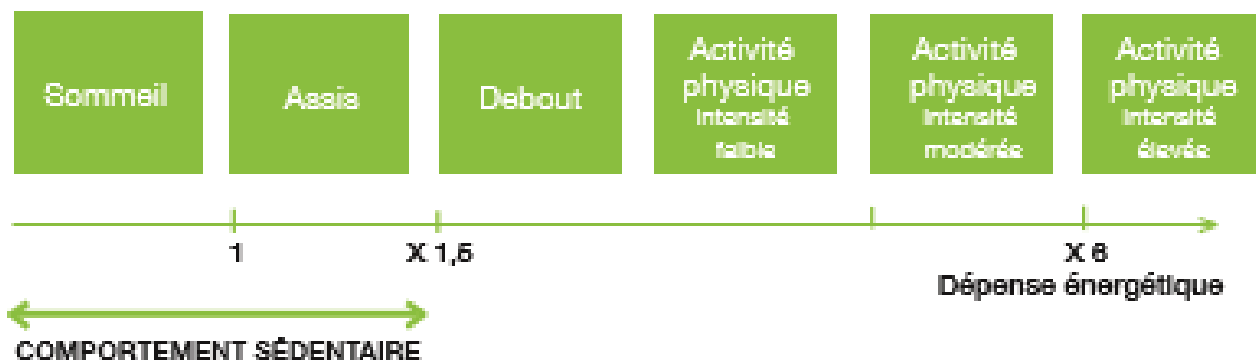


Figure 1: comportements sédentaires

1.2 L'activité physique: un enjeu de santé publique

1.2.1 Épidémiologie

La sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (6%). On estime par ailleurs qu'elle est la cause principale de 21 à 25% des cancers du sein ou du colon, de 27% des cas de diabète et d'environ 30% des cas de cardiopathie ischémique. (9)

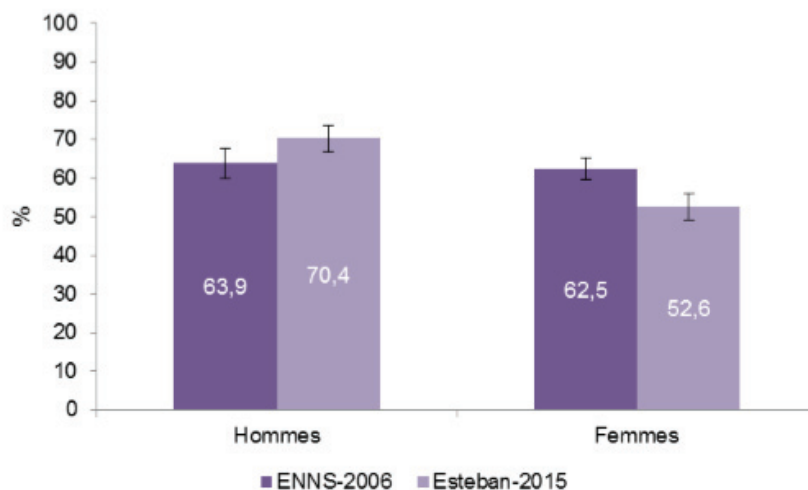
Lors de la dernière décennie, plusieurs études ont recensé l'activité physique de la population mondiale. Ainsi, il a été mis en évidence que la prévalence de l'inactivité physique des adultes est de 31,1% dans le monde, avec une proportion variant de 17% en Asie du Sud-Est à 43,2% en Méditerranée orientale et en Amérique. Dans l'ensemble, les femmes (33,9%) sont plus concernées par l'inactivité que les hommes (27,9%). Chez l'adolescent entre 13 et 15 ans, la prévalence de l'inactivité (moins de 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée) est de 80,3%, et touche également plus les filles que les garçons. Par ailleurs, il est important de noter également les taux de sédentarité importants. En effet, 41,5% des adultes dans le monde passeraient plus de 4 heures assis par jour, avec là encore une variation importante entre les populations d'Asie

du Sud-Est (23,8%) et d'Europe (64,1%), et 66% des garçons et 68% des filles passent plus de 2 heures devant la télévision par jour. (10)

En France, le niveau d'activité physique et la sédentarité des adultes ont été réévalués en 2015 (étude ESTEBAN) (11). Premièrement, concernant le niveau d'activité physique, 61,3% des adultes témoignaient d'un niveau activité physique modéré ou élevé, selon les recommandations de l'OMS (cf tableau 1). Cette étude a montré une relative stabilité de la proportion d'adultes actifs depuis l'étude ENNS de 2006 (61,3% vs 62,5%), avec cependant une franche diminution de la proportion de femmes physiquement actives (diminution de 16%).

Niveaux d'activité physique	Définitions des classes
Niveau « élevé »	Cumuler 3 jours ou plus d'activité physique intense ^a par semaine, permettant d'atteindre au minimum 1500 METs minutes/semaine ; Ou réaliser au moins une activité physique modérée ^b ou intense ^a chaque jour de la semaine, permettant d'atteindre un minimum de 3000 METs minutes/semaine.
Niveau « modéré »	Cumuler 3 jours ou plus par semaine avec une activité physique intense ^a d'au moins 25 minutes/jour ; Ou cumuler 5 jours ou plus par semaine avec une activité physique modérée ^b d'au moins 30 minutes/jour ; Ou cumuler 5 jours ou plus par semaine avec une activité physique modérée ^b ou intense ^a , permettant d'atteindre un minimum de 600 METs minutes/semaine.
Niveau « bas »	Absence d'activité physique ; Ou niveau d'activité physique ne permettant pas d'atteindre les critères précédents.
Niveaux de sédentarité	
Niveau « élevé »	Durée des activités sédentaires > 7 heures / jour.
Niveau « modéré »	Durée des activités sédentaires de 3 à 7 heures / jour.
Niveau « bas »	Durée des activités sédentaires < 3 heures / jour.

Tableau 1: Définition des différents niveaux d'activité physique et de sédentarité (9)



* Pourcentage d'adultes présentant un niveau d'activité physique « modéré » ou « élevé », c'est-à-dire réalisant l'équivalent d'au moins 30min/jour d'activité physique modérée ou intense au minimum 5 jours par semaine ; ou au moins 25min/jour d'activité physique intense au minimum 3 jours par semaine.

Figure 2: Pourcentage d'adultes physiquement actifs* selon le sexe, comparaison ENNS 2006 / Esteban 2015

L'étude ESTEBAN rend également compte de la sédentarité élevée des adultes et des enfants en France. En effet, les adultes passaient en moyenne 6,35 heures dans des activités sédentaires (< 1,6 METs), sommeil exclu. 89% des adultes déclaraient plus de 3 heures d'activités sédentaires par jour, et 41% plus de 7 heures. Par ailleurs, 80% des adultes déclaraient passer plus de 3 heures par jour devant un écran en dehors des activités professionnelles. L'évolution des activités sédentaires n'a pas pu être évaluée, l'étude ENNS de 2006 évaluant le temps passé assis dans la journée. Cependant, la durée moyenne passée devant un écran est passée de 3,33 heures par jour en 2006 à 5,1 heures par jour en 2015 pour l'ensemble de la population française. Au total, 16,8 % des hommes et 22,3 % des femmes cumulaient les deux facteurs de risque de maladies non transmissibles, à savoir plus de 7 heures d'activités sédentaires par jour et un niveau d'activité physique « bas », ne remplissant pas les critères de l'OMS.

En comparant aux taux d'inactivité mondiaux et européens, la France, avec un taux d'adultes ne respectant pas les recommandations de l'OMS en terme d'activité physique évalué à 38,7% par l'étude ESTEBAN, se situait un peu au-dessus de la moyenne mondiale (31,1%) et Européenne (34,8%). (10)

1.2.2 Conséquences de la sédentarité

1.2.2.1 Mortalité

Selon l'OMS, l'inactivité physique est responsable de 3,2 millions de décès dans le monde, soit 5,5% de la totalité des décès toute cause confondue. Ceci en fait le quatrième facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale, juste après l'hypertension (13 %), le tabagisme (9 %) et un taux élevé de glucose dans le sang (6 %). (9) (12)

Selon les études, la sédentarité est responsable de 6 à 9% de la totalité des décès dans le monde. (13)

Au niveau mondial, 5 % de la mortalité est imputable à la surcharge pondérale et à l'obésité, l'inactivité physique et la sédentarité favorisant la survenue de ces dernières. (12)

1.2.2.2 Maladies chroniques

La sédentarité est un facteur de risque spécifique des maladies chroniques dites non transmissibles.

Ainsi on estime, selon l'OMS, que la sédentarité constitue la cause principale d'environ 21 à 25 % de la charge du cancer du sein et du côlon, 27 % de celle du diabète et environ 30 % de celle des maladies cardiaques ischémiques. (12)

Il a été démontré l'intérêt d'une pratique suffisante d'activité physique pour la prévention et la prise en charge de certaines maladies chroniques (certains cancers, maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité et ostéoporose) et la diminution de son impact sur l'évolution ou la mortalité de ces pathologies. (14)
Limiter les comportements sédentaires et maintenir un niveau d'activité physique suffisant permettraient de prévenir l'apparition de certaines maladies non transmissibles et d'en limiter la morbidité. (15) (16)

1.2.2.3 Économie

La sédentarité et l'inactivité physique sont des problèmes de santé publique majeurs, notamment dans les pays développés. Malgré l'absence de consensus sur les méthodes d'évaluation des coûts liés à l'inactivité physique, quelques études ont estimé les coûts directs (soins) et indirects (morts prématurées, impacts économiques des maladies, maladies professionnelles) entre 150 et 300 euros par personne et par an (17) (18). En France, les coûts de cette inactivité physique sont estimés par l'INSERM à 1,3 milliards d'euros par an. (19)

1.2.3 Bénéfices de l'activité physique

Ces 40 dernières années, de nombreuses études ont prouvé l'effet bénéfique de l'activité physique sur la santé. La recherche indique que la santé et la qualité de vie s'améliorent de façon importante lorsque la population sédentaire adopte un mode de vie plus actif physiquement.

Selon l'Observatoire Régional de la Santé du Nord-Pas-de-Calais, «L'activité physique est susceptible d'être bénéfique pour la santé indépendamment de l'âge et du poids du pratiquant.»

En 2008, l'INSERM a publié un rapport d'expert faisant état de tous les bénéfices de l'activité physique. (20). Un nouveau rapport sur l'activité physique en tant que prévention des maladies chroniques a été publié en Janvier 2019 (19).

1.2.3.1 Mortalité

Plusieurs études ont montré un effet bénéfique de l'activité physique sur la mortalité, avec une diminution de cette dernière variant de 2 à 58% selon les études. (20)

En particulier, une étude prospective américaine publiée en 2007 incluant 252 925 adultes entre 50 et 71 ans a mis en évidence une association inverse entre le niveau d'activité physique et la mortalité, cette dernière diminuant de 30% chez les sujets pratiquant une activité physique modérée ou intense. (21)

1.2.3.2 Santé mentale

Les troubles anxieux sont associés à une augmentation de l'inactivité physique et une diminution de l'AP. Les sujets qui ne pratiquent pas d'AP seraient plus anxieux. Les différentes études montrent que l'AP, en fonction de son intensité, sa chronicité et sa fréquence, est associée à une diminution des symptômes d'anxiétés et une augmentation du bien-être. (22) (23)

Par ailleurs plusieurs études ont montré des améliorations en terme de qualité de vie chez les sujets pratiquant l'activité physique. (20)

1.2.3.3 Pathologies cardio-vasculaires

Plusieurs études ont prouvé que la mortalité d'origine cardio-vasculaire est diminuée de 20 à 40% chez les patients pratiquant une activité physique régulière. L'activité physique permet également de diminuer le nombre d'hospitalisations pour un motif cardio-vasculaire. (24)

Elle permet de limiter l'incidence des pathologies coronariennes (25), de l'insuffisance cardiaque et de l'AOMI par son action sur l'endothélium vasculaire, par la baisse de l'hypercoagulabilité et de l'inflammation. (20)

L'activité physique permet de lutter contre l'altération de la fonction diastolique et une baisse du débit cardiaque maximal, due à une diminution de la fréquence cardiaque maximale et à la baisse de la compliance artérielle. (26)

Concernant les facteurs de risque cardio-vasculaires, l'activité physique diminue en moyenne la pression artérielle systolique de 3,2 mmHg et la diastolique de 2,7 mmHg dans une méta-analyse de 2013. (27)

L'activité physique permet également de prévenir la survenue de diabète de type II (réduction de plus de 50% chez les patients présentant une hyperglycémie modérée à jeun). (28)

Chez les patients déjà atteints de diabète, on estime qu'une activité physique de l'ordre de 2 heures de marche par semaine suffirait à réduire de moitié le risque de décès prématuré en rapport avec la maladie (29). Par ailleurs, l'activité physique concourt à l'amélioration du profil lipidique sérique avec une diminution en moyenne de 3,7 % du taux de triglycérides, de 5 % du taux de LDL-cholestérol et une augmentation de 4,6 % du taux de HDL-cholestérol. Elle participe, avec le régime, au contrôle de la surcharge pondérale, avec augmentation de la masse maigre et réduction de l'adiposité abdominale. (20)

Enfin l'AP permet de diminuer la surcharge pondérale.

1.2.3.4 Pathologies respiratoires

L'activité physique est l'outil thérapeutique le plus performant dans le traitement de la dyspnée et de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Les fumeurs actifs pratiquant une activité physique égale ou supérieure à 2 heures par semaine ont un risque réduit de développer une BPCO comparativement aux fumeurs dont la quantité d'activité physique est inférieure à ce seuil. On note également, chez les patients présentant une BPCO et pratiquant au moins 2 heures d'activité physique par semaine, une réduction de 40 % des hospitalisations et de la mortalité d'origine respiratoire. (20)

Il a également été prouvé un bénéfice global de l'activité physique dans le syndrome d'apnées du sommeil (30).

1.2.3.5 Appareil locomoteur

L'activité physique permet de prévenir la déminéralisation osseuse (31), notamment chez les sujets obèses. (32).

Elle a également un impact dans l'arthrose, puisqu'il a été démontré que l'inactivité physique est étroitement liée à l'incapacité liée à cette pathologie. (33) (34)

On note également une efficacité dans la prise en charge de la fibromyalgie (35) et des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment la polyarthrite rhumatoïde (20).

Les effets positifs de l'activité physique ont été démontrés vis-à-vis de la prise en charge de la lombalgie chronique, motivant une campagne de sensibilisation par la sécurité sociale en France (36).

Enfin, l'activité physique permet l'augmentation de la masse musculaire chez le jeune, et le ralentissement de la perte de cette masse musculaire chez le sujet âgé (37).

1.2.3.6 Cancer

L'activité physique d'intensité modérée à élevée a un rôle sur la diminution de l'incidence de nombreux cancers, et il l'a été largement prouvé concernant le cancer du sein et du côlon dans la littérature (38).

En effet, plusieurs études ont montré une diminution du risque de cancer du côlon de 25 à 40% chez les sujets pratiquants l'activité physique. (20) (39).

Concernant le cancer du sein, un lien positif est prouvé par de nombreuses études entre activité physique et cancer du sein en prévention primaire et tertiaire (40). Une méta-analyse de 2013 a montré que les femmes actives auraient un risque réduit de 25% de développer cette pathologie (20) (39) (41).

Par ailleurs, selon plusieurs études, le risque de cancer de l'endomètre serait diminué de 20 à 30% grâce à l'activité physique (7), avec relation dose-réponse.

Concernant les autres cancers, les études sont moins unanimes, mais certaines ont prouvé un bénéfice de l'activité physique sur l'incidence des cancers de l'estomac, du poumon, de la prostate, du rein, de l'ovaire ou encore de l'œsophage. (20) (39)

Le mécanisme exact est mal connu, mais il semble que l'activité joue sur l'incidence des cancers en agissant sur l'inflammation, en diminuant la sécrétions de certaines hormones et facteurs de croissance, ou encore en améliorant le système immunitaire.

1.2.3.7 Vieillesse

L'activité physique permet de lutter contre différents aspects du vieillissement: elle ralentit la diminution de la masse musculaire, améliore la stabilité proprioceptive, et lutte contre le déclin cognitif.

De récentes études ont prouvé que l'activité physique permet de diminuer le risque de chute du sujet âgé.

Elle permettrait également l'augmentation de l'espérance de vie.

Jouant ainsi sur tous ces facteurs, l'activité physique permet donc de vivre plus longtemps et dans de meilleures conditions.

Il a cependant été prouvé que l'activité physique d'intensité trop élevée pouvait exposer, particulièrement chez le sujet âgé, à des risques notamment traumatiques. Il convient donc de promouvoir l'activité physique avec une certaine prudence chez ces derniers. (37).

1.2.4 Recommandations mondiales d'activité physique pour la santé

L'OMS a établi en 2010 des recommandations d'activité physique en terme de durée et d'intensité pour la population mondiale (9).

1.2.4.1 Les enfants et adolescents de 5 à 17 ans

- Les enfants et jeunes gens de 5 à 17 ans devraient accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.
- Cela devrait être principalement une activité d'endurance. Des activités d'intensité soutenue, notamment celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être incorporées au moins trois fois par semaine.
- L'activité physique englobe notamment le jeu, les sports, les déplacements, les tâches quotidiennes, les activités récréatives, l'éducation physique ou l'exercice planifié, dans le contexte familial, scolaire ou communautaire.

1.2.4.2 Les adultes de 18 à 64 ans

- Les adultes de 18 à 64 ans devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité–d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'intensité modérée et soutenue
- L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.
- Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les adultes devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.
- Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.
- L'activité physique englobe notamment les loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien, familial ou communautaire.

1.2.4.3 Les personnes âgées de 65 ans et plus

- Les personnes âgées (PA) devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.
- L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.
- Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les personnes âgées devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.
- Les personnes âgées dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine.
- Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.
- Lorsque des personnes âgées ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.
- L'activité physique englobe notamment les loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien, familial ou communautaire.

1.3 Promotion de l'activité physique dans le monde

1.3.1 Au Royaume-Uni

Dès 2007, il a été mis en place au Royaume-Uni le programme Let's Get Moving, avec initialement un programme pilote sur 14 praticiens généralistes. (42)

Via ce programme, les médecins généralistes, infirmières de soins primaires et pharmaciens participants étaient invités à évaluer le niveau d'activité physique de tous les patients grâce au General Practice Physical Activity Questionnaire. Chez les patients ne répondant pas aux objectifs d'activité physique recommandés, une intervention brève était réalisée, discutant des motivations du patient à devenir plus actif, du bénéfice et des moyens possibles pour devenir plus actif. Les patients décidant de changer leurs habitudes étaient ensuite orientés vers une structure ou association adaptée, puis un retour à 3, 6 et 12 mois était effectué, afin de voir les progrès et de réévaluer les objectifs. (43)

Ce programme, en place jusqu'en 2012, a été jugé un peu lourd et fastidieux pour les médecins généralistes. Le programme «My best move» lui a succédé en 2013, qui proposait des formations aux médecins généralistes afin de stimuler les patients souffrant de pathologies chroniques à l'activité physique, via des entretiens motivationnels, en adoptant une conduite pragmatique vis à vis des possibilités du patients et en insistant sur les activités du quotidien. Cette étude a montré un réel intérêt et un enthousiasme de la part des médecins généralistes envers la promotion de l'activité physique, et une augmentation de 150% du nombre de patients orientés vers les cliniques spécialisées dans ce domaine. (44)

1.3.2 En Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande, le programme The Green prescription a été lancé en 1998, destiné aux patients sédentaires et en surpoids, ou porteurs de pathologies chroniques. Le médecin, après s'être assuré de l'état stable du patient, envoie son patient vers un éducateur sportif spécialisé, qui établit un suivi mensuel avec le patient (téléphonique, par entretiens face à face ou en groupe), où il répond aux questions, donne des clés pour améliorer la pratique d'activité du patient. Ce suivi dure 3 à 6 mois, et le prescripteur bénéficie d'un retour à la fin du programme (45). Ce programme a permis d'augmenter le niveau d'activité physique et la santé globale des patients inclus, et a également eu un impact économique notamment au niveau de la morbidité cardiovasculaire. (46) Les médecins avaient un regard positif sur ce programme, bien qu'ils aient évoqué l'idée de déléguer les tâches pour l'intégration des patients (47).

1.3.3 Au Québec

Le programme Kino-Québec du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur vise à promouvoir la pratique régulière d'activités physiques auprès de la population québécoise, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie. Il comporte deux axes d'intervention: la valorisation (par la sensibilisation de la population à l'importance de la pratique régulière d'activités physiques, l'expertise, la recherche et le transfert de connaissances, l'établissement et le maintien de partenariats) et le soutien ou l'accompagnement aux unités régionales de loisir et de sport (URLS) pour l'accomplissement de mandats ministériels et à divers partenaires pour la réalisation de projets locaux, régionaux ou nationaux liés aux orientations ministérielles (48).

Depuis septembre 2015, les médecins québécois peuvent prescrire, vis une véritable ordonnance, de l'activité physique à leurs patients. Cette prescription se fait au travers de «cubes d'énergie», qui correspondent chacun à 15 minutes d'activité physique. L'activité physique n'est pour le moment pas remboursée par l'État, mais une réévaluation à 3 ans est prévue par le ministère de la Santé (49).

1.3.4 En Suisse

En Suisse, le programme PAPRICA (Physical Activity Promotion in Primary Care) a été développé pour offrir les connaissances, savoir-faire et outils didactiques nécessaires pour aborder le thème de l'activité physique et motiver les patients. Cette démarche offre plus particulièrement une formation continue de quatre heures au conseil en activité physique, un manuel de référence pour les médecins, une brochure pour les patients et des informations et outils didactiques complémentaires classés par thème (50). Après 230 médecins formés, une évaluation de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne atteste de la qualité de la formation, montrant que les médecins accordent davantage d'importance au thème de l'activité physique, estiment avoir suffisamment de connaissances pour conseiller leurs patients et ont un sentiment d'auto-efficacité renforcé. (51)

1.4 Promotion de l'activité physique en France

1.4.1 Le plan national nutrition santé (PNNS)

Il s'agit du premier plan de santé français s'intéressant à l'intérêt de l'activité physique. Lancé en Janvier 2001, le premier PNNS a ensuite été relayé par la campagne nationale de communication «manger bouger», avec pour objectif global l'amélioration de la santé de la population en agissant sur l'alimentation et l'activité physique. Il s'agissait de réduire la prévalence de l'obésité et du surpoids, d'augmenter l'activité physique et de diminuer la sédentarité à tout âge, d'améliorer les pratiques nutritionnelles, et de diminuer la prévalence des pathologies nutritionnelles. Pour cela, des guides et des brochures étaient distribués au grand public et aux professionnels de santé, et des spots publicitaires sont apparus (52).

Le PNNS a été renouvelé en 2006, avec comme nouvel objectif d'augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des personnes, tous âges confondus faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine (soit 75% des hommes et 50% des femmes) afin de réduire la pression artérielle, la cholestérolémie, et la prévalence de l'obésité (53).

Une troisième version du PNNS a été mise en place de 2011 à 2015. Les objectifs de ce plan étaient d'augmenter chez les adultes, en 5 ans, la proportion de personnes située dans la classe d'activité physique « élevée » de 20 % au moins chez les hommes et de 25 % au moins chez les femmes, et dans la classe « moyenne » de 20 % au moins. Par ailleurs, chez les enfants, les objectifs étaient d'atteindre, en 5 ans, au moins 50 % d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure, et de diminuer de 10 % au moins, en 5 ans, le temps moyen journalier passé par les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans devant un écran. Ces objectifs devaient être atteints grâce à la valorisation et l'encouragement des modes de transport actifs avec l'intégration de la mobilité active dans les chaînes de déplacements, la mise en place d'évènements grand public pour promouvoir l'APS comme facteur de santé et de bien être, le développement de la communication auprès du public sur l'activité physique et sportive, (en tenant compte des spécificités par public) et la sensibilisation des professionnels des secteurs de la santé, du social et de l'éducation nationale, en contact avec les enfants et les adolescents, aux bénéfices santé de l'activité physique et sportive.

Cette version du PNNS est la première à amener officiellement le concept d'APA par les pouvoirs publics en France. Sans donner d'objectifs chiffrés, le programme a pour objectif de développer l'activité physique adaptée dans les populations défavorisées, chez les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes de plus de 65 ans (54).

Une quatrième version du PNNS devrait être publiée prochainement (PNNS 2018-2022). Les objectifs y sont d'augmenter la proportion de la population adulte atteignant un niveau d'activité physique au moins modéré (au moins 30 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée à élevée au moins 5 fois par semaine ou au moins 3 jours avec une activité physique intense d'au moins 25 minutes par jour) à 80%, et de diminuer la sédentarité dans la population de façon à réduire de 20% le nombre d'adultes passant plus de trois heures par jour devant un écran en dehors de leur activité professionnelle (55).

1.4.2 Les autres plans de santé

Le plan national «bien vieillir», développé à partir de 2003 jusqu'en 2009, favorise la pratique d'APA par les personnes de 55 à 75 ans par 5 mesures: la création d'un annuaire des associations sportives proposant des activités spécifiques pour les seniors, le renforcement du soutien des fédérations sportives s'adressant aux seniors, la création de formations adaptées pour les professionnels intervenant auprès des seniors, l'évaluation des aptitudes physiques des seniors, le renforcement de la communication par une journée "portes ouvertes" pour les seniors des fédérations sportives et de loisirs (56).

En 2008, le plan national de prévention par l'APS (PNAPS) propose des actions de promotion de l'activité physique chez les enfants (faire évoluer les représentations des activités physiques ou sportives des jeunes et de leurs parents, créer un environnement social, organisationnel et structurel qui diminue les obstacles à la pratique les plus fréquemment rapportés et favorise la pratique d'activités physiques ou sportives pendant le temps scolaire, en périscolaire et pour les déplacements quotidiens, favoriser par des incitations financières l'accès du plus grand nombre à la pratique physique ou sportive, notamment familiale), les étudiants (lancement des «États Généraux Activités Physiques et Sportives pour la Santé à l'Université», création de commissions UNIVER'SANTE, lancement d'appels à projets sur le thème «sport et santé», augmentation de l'offre APS pendant le week-end, création d'UE «activités physiques ou sportives – santé»), les employés d'entreprises (sensibilisation de la DRH et des syndicats à l'intérêt de l'activité physique, utilisation de la composante environnementale, développement de la communication) et la personne âgée (importance de l'évaluation, formation de professionnels spécifiques aux seniors, formation des aidants, campagnes de communication) (57).

D'autres plans promeuvent l'APA pour prévenir notamment certaines pathologies chroniques: le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 (58), le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (59), le plan obésité 2010-2013 (60), le plan national d'actions accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 (61), le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018 (62), en encourageant la formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique et au conseil en activité physique.

Développé en 2003, le plan cancer a abordé l'activité physique dans sa deuxième version (2009-2013) (63). On y notait l'importance de promouvoir l'activité physique chez les futurs retraités, mais aussi les enfants, dans les EHPAD et les maisons de retraite. Par ailleurs, il était déjà noté l'importance de l'activité physique adaptée chez les patients atteints de cancer, et il était prévu la mise en place d'activité physique adaptée pour les patients atteints de maladie chronique.

Le plan cancer 2014-2019 est d'actualité, et porte toujours la promotion de l'activité physique adaptée, qui améliore la qualité de vie, la survie et diminue la sensation de fatigue, chez les patients atteints de cancer mais aussi en prévention de la survenue de ces derniers (64).

1.4.3 Les actions locales/réseaux de soins

Suite à la publication du PNNS 2011-2015, la promotion de l'activité physique s'est encore plus développée. Ainsi, fin 2012, naît le Plan National Sport Santé Bien-Être (PNSSBE), avec pour objectif la promotion de l'activité physique vers tous les publics en réduisant les inégalités sociales d'accès, en s'articulant autour de 4 axes:

- La promotion de la santé et du bien-être par l'activité physique et sportive
- Le développement et le recours à l'activité physique adaptée à visée thérapeutique
- La protection de la santé des sportifs et le renforcement de la sécurité des pratiques et des pratiquants
- Le renforcement des connaissances et leur diffusion

Pour se faire, le ministère des Sports a pour objectif de mobiliser et accompagner les fédérations sportives à développer leur offre d'APS en direction des différents publics (Jeunes – Salariés – Personnes âgées – Personnes en situation de handicap), et de promouvoir, lors des manifestations sportives organisées par les fédérations ainsi qu'à l'occasion des grands événements sportifs internationaux à venir (Coupe du monde de Rugby 2023, Tournoi des 6 nations, Tournoi de Roland Garros, etc...) et de manière croissante jusqu'aux Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024, les comportements favorables à la santé et au bien-être et principalement les quatre grands facteurs de risque de maladies non transmissibles (tabac, alcool, sédentarité, obésité) (65).

Suite à l'instruction ministérielle du 24 décembre 2012, il est demandé à chaque région de mettre en place un plan sport santé local, piloté conjointement par l'ARS, la cohésion sociale et la direction régionale de la jeunesse et des sports. Ces plans doivent s'articuler autour des axes suivants:

- promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles (diabète, hypertension, cancer...)
- promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) pour les personnes avançant en âge quel que soit leur lieu de vie (domicile ou institution) et quel que soit le degré de perte de leurs capacités
- généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

- renforcer l'offre de pratiques de loisir pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur lieu de vie (domicile ou institution) et intégrer les APS dans les plans personnalisés de compensation et dans les projets d'établissements
- renforcer la prise en compte de la promotion de l'activité physique et sportive comme facteur de santé au sein de la politique de la ville, en utilisant particulièrement, les dispositifs de proximité tels que les contrats locaux de santé et en mettant en cohérence les politiques publiques de prévention avec le soutien de l'assurance maladie
- développer les dispositifs de collaboration des acteurs régionaux, et notamment les « réseaux régionaux sport-santé » afin de garantir la mobilisation de tous les acteurs.

Un financement d'1,5 million d'euros est prévu pour l'ensemble des plans régionaux. (66)

L'ensemble de ces plans régionaux est surveillé par le pôle ressource national sport santé (PRN2SBE). Grâce à ces plans de santé, il a été mis en place des réseaux de sport santé bien-être dans la plupart des régions de France.

1.4.3.1 Le précurseur: Sport-Santé sur Ordonnance à Strasbourg

Lancé en 2012 par la ville de Strasbourg, en collaboration avec l'ARS, la caisse locale d'assurance maladie et le réseau Strasbourgeois de médecins généralistes, le dispositif «Sport Santé Sur Ordonnance» permettait initialement aux médecins généralistes de prescrire de l'activité physique aux patients obèses, porteurs de pathologies cardio-vasculaires ou d'un diabète non-insulino-dépendant, puis à partir de 2013 aux patients présentant des antécédents de cancer du sein ou du côlon stabilisés et aux patients atteints de VIH, et enfin depuis 2017 aux personnes âgées fragilisées. Suite à la prescription sur ordonnance, le patient rencontre un éducateur sportif de la ville de Strasbourg qui l'oriente vers l'activité physique la plus adaptée pour lui. Le patient peut bénéficier du programme pendant 3 ans, avec une gratuité totale pendant 1 an, puis une participation financière variant en fonction du coefficient familial pour les deux années suivantes. (67) (68) Entre fin 2012 et fin 2017, le dispositif avait déjà inclus plus de 1600 patients, via plus de 300 médecins prescripteurs. (69)

1.4.3.2 D'autres régions actives sur le plan du sport-santé

En France, plusieurs régions ont été à l'initiative de la promotion de l'activité physique.

Dans la région Midi-Pyrénées, le réseau de santé effORMip, développé en 2005, a formé les professionnels de santé et du sport à la prise en charge des pathologies chroniques. Le réseau a conçu un protocole démarrant du médecin qui prescrit l'activité physique et sportive, puis le patient inclus bénéficie de deux séances

hebdomadaires d'activité physique adaptée ainsi que d'un suivi mensuel de sa motivation, de sa condition physique.

Une évaluation de ce protocole a permis de voir que 70% des patients inclus poursuivaient une activité physique régulière à la sortie du programme d'un an. (70)

Devant des indicateurs de santé dans la région des Hauts-de-France au plus bas, la ville de Boulogne sur Mer a développé dès 2015 un dispositif de sport santé sur ordonnance (68). Ce dispositif était à destination des patients atteints de surpoids, de diabète de type 2, d'hypertension ou de maladies cardio-vasculaires. Après avoir été orienté dans le dispositif par son médecin traitant, le patient rencontrait un éducateur sportif qui lui fait passer les tests physiques (test Diagnoform) pour évaluer sa forme physique. Le patient était ensuite orienté pour un essai dans les différentes activités physiques en rapport avec sa pathologie. À l'issue des essais, une activité physique était déterminée. Une retour au médecin traitant était fait via le patient et par mail.

Des activités sportives individuellement adaptées sont dispensées en accord avec le patient dans les associations de la ville, sur indication médicale et sous contrôle médical, avec un encadrement par les éducateurs sport santé de la ville.

Les patients disposent d'un carnet de suivi sur lequel il leur est demandé, après leur avoir remis un podomètre lors du premier entretien, de noter leur nombre de pas quotidien. Un bilan par l'éducateur sportif responsable de l'orientation, l'éducateur sportif de l'activité et par le médecin traitant est réalisé à 6 mois et un an.

La prise en charge financière est faite par le centre médico-sportif de la ville. Il y a une gratuité totale pour le bénéficiaire pour une durée d'un an. Pour la 2ème année, une participation financière selon le quotient familial est demandée au patient.

Un an après l'inclusion dans le dispositif, les patients rapportaient une perte de poids, un mieux-être, la reprise d'une vie sociale, une amélioration de la santé, mais aussi que l'activité physique est devenue un plaisir et un besoin.

S'appuyant sur le tissu de relations établi depuis 2009 avec les acteurs de santé, les associations et clubs sportifs locaux et la ville de Biarritz, l'association Biarritz Côte Basque Sport Santé a lancé en mai 2015 un projet innovant associant dans un premier temps 20 médecins libéraux, des clubs et des associations pour permettre la prescription d'activités physiques par les médecins généralistes volontaires auprès de la population des sédentaires, présentant ou non une pathologie chronique, avec une extension du nombre de médecins en 2016 (68).

Pour accompagner cette action, Côte Basque Sport Santé a mis en place une plateforme dédiée pour piloter l'orientation, le suivi et l'évaluation des bénéficiaires, la rémunération des médecins et des associations, l'établissement de modules de formation pour les médecins et les éducateurs sportifs du milieu associatif, l'évaluation du dispositif et la communication. Un salarié permanent est mis à disposition pour coordonner cette plateforme.

En Septembre 2017, plus de 300 patients avaient été inclus. Une évaluation interne avait noté que 84% des patients inclus s'étaient inscrits durablement à une activité physique adaptée.

En Picardie, le plan régional «Picardie en forme» est mis en place en 2011. L'objectif de ce réseau est de rendre possible la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive (AP RASP) chez les personnes atteintes de pathologies chroniques non transmissibles. Il a donc été mis en place dès 2012 un parcours d'accompagnement à la reprise d'une activité physique. Les professionnels de santé (hors médecin traitant) informent les usagers sur Picardie en Forme et les orientent vers leurs médecins traitants, qui prescrit de l'activité physique au patient à l'aide d'un ordonnancier spécifique à Picardie en Forme. A la suite de cette prescription, l'usager est pris en charge par Picardie en Forme en bénéficiant dans un premier temps d'un bilan réalisé par un éducateur Sports Pour Tous spécialement formé. A la fin de ce bilan, l'éducateur oriente l'usager en fonction de ses capacités, de ses souhaits et de l'offre locale. Il est orienté soit vers un atelier passerelle (pôles de prévention et d'éducation thérapeutique du patient, réseaux de santé locaux...), soit vers une association labellisée Picardie en Forme. Le parcours d'accompagnement a une durée de 8 à 10 mois en moyenne, au bout desquels un bilan de suivi (identique au bilan d'entrée) est effectué afin de rendre compte de l'évolution de ses capacités physiques, motivationnelles et de son estime de soi. L'enjeu de ce suivi est de donner envie à l'usager de pratiquer de lui-même une activité physique suite à son passage dans le dispositif (71).

En Champagne-Ardenne, le «Parcours Sport Santé» a été développé début 2012 (72). Il est structuré en 4 étapes:

- Étape 1 : repérage, information/conseils et orientation (RICO) par tout professionnel de santé, de l'éducation ou du social, par les personnes de confiance, les aidant et enfin par l'usager lui-même.
- Étape 2 : Accompagnement éducatif et motivationnel à l'Activité Physique Adaptée (éducation thérapeutique ou non thérapeutique du patient) pendant 3 mois, initié et coordonné par le médecin traitant, ayant pour objectif l'établissement d'un plan Sport-Santé permettant d'atteindre les recommandations d'activité physique.
- Étape 3 : Accueil en structure éducative ou relais éducatif « Sport-Santé » des personnes sédentaires vulnérables pour remise en condition physique (3 mois) et consolidation de la pratique, pour une durée totale de un an.
- Étape 4 : Initiation ou consolidation de la pratique en structure d'animation ou relais animation « Sport-Santé » avec recherche d'une pratique autonome.

1.4.3.3 Dans la région Rhône-Alpes

1.4.3.3.1 Le plan SSBE Rhône Alpes 2013-2017

Le plan Sport-Santé Bien-Être Rhône-Alpin, développé par l'ARS et la DRJSCS en s'appuyant sur la charte d'Ottawa, présente 8 objectifs principaux (73):

- Impulser au sein de chaque institution de la CCPP le travail en transversalité des politiques en termes d'alimentation et d'activité physique (Via la nomination d'un référent technique «activité physique et alimentation» dans chaque secteur, la création d'un outil de recueil Alimentation Activité Physique, ou des journées événementielles).
- Viser à introduire dans les programmations institutionnelles ou les programmes des structures, en cours ou à venir, des actions de promotion de l'activité physique (AP) quand l'action concerne l'alimentation (A), et inversement (Via des outils favorisant la mise en lien des deux thématiques, et des événements ponctuels)
- Introduire un volet « activité physique » dans les contrats locaux de santé rhônalpins.
- Sensibiliser, informer, former les professionnels hors secteur sanitaire, bénévoles ou personnes relais en contact avec le public
- Soutenir les actions innovantes et/ou expérimentales de promotion des APS comme facteur de santé à destination des personnes éloignées de la pratique des activités physiques et sportives portées notamment par le mouvement sportif répondant aux critères validés par le comité de pilotage SSBE.
- Envisager systématiquement la participation des publics cibles à la construction d'outils ou de programmes
- Sensibiliser, informer et mobiliser les professionnels de santé et médico-sociaux sur leurs rôles respectifs dans ce domaine
- Renforcer les compétences en alimentation - activité physique des professionnels de santé et médico-sociaux

Un budget annuel d'environ 300 000 € avait été débloqué par l'ARS en 2014 (74).

Malgré ce plan, une évaluation en 2016 a constaté une démobilisation progressive des acteurs interrogés. Cette démobilisation s'expliquait par plusieurs raisons : fusion des régions entraînant des incertitudes quant à la nouvelle organisation et à la répartition des compétences, pas ou peu de communication sur le plan et les projets mis en œuvre en lien avec le plan et éloignement des instances de pilotage (75).

Un nouveau rapport de surveillance a eu lieu en Août 2017, témoignant d'un réel travail transversal interinstitutionnel entre les administrations ou collectivités locales, entre la DRDJS et l'ARS dans l'animation régionale, mais également d'un ancrage territorial fort par l'émergence de dispositifs sport-santé structurants dans les différents départements. Cependant cette évaluation notait un manque de visibilité du

plan vis-à-vis d'acteurs associatifs, sanitaires ou institutionnels et une communication limitée, et un manque de valorisation des implications institutionnelles. (76)

1.4.3.3.2 Le plan SSBE Auvergne Rhône-Alpes

Suite à la réunification des régions Auvergne et Rhône-Alpes, l'ARS et la DRDJSCS ont souhaité élaborer un plan unique (77). Ce plan comporte:

- Un annuaire de l'offre disponible en SSBE dans la région Auvergne-Rhône-Alpes
- Un guide de ressource pour les professionnels de santé.
- Une présentation des dispositifs accompagnant la pratique d'activités physiques et sportives
- Des liens vers les principales structures ressources nationales ou régionales.

1.4.3.3.3 Le programme «Chablais Sport Santé sur ordonnance»

Lancé en Octobre 2015, ce programme avait pour objectif de créer un réseau entre professionnels de santé pour permettre la prescription d'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse. 25 médecins volontaires ont participé. Ils avaient pour rôle d'identifier les patients inactifs, de les informer sur l'existence du programme et d'orienter les motivés vers une structure d'activité physique adaptée.

A la suite de ceci, une évaluation était faite par un kinésithérapeute ou un enseignant en activité physique adaptée, puis le patient bénéficiait d'un cycle de 20 séances d'activité physique adaptée dispensée par un enseignant en APA. Une seule activité était proposée, et une participation de 30€ était demandée (78). Une étude a prouvé l'augmentation de l'activité physique chez les patients inclus durant la première année de prise en charge, ainsi qu'une amélioration nette de la qualité de vie (79).

1.5 Le sport sur ordonnance

Suite à toutes ces initiatives locales, le concept de sport sur ordonnance a fait son apparition sur le plan législatif, afin de mettre en œuvre les objectifs fixés par les différents plans de santé. En effet, l'Assemblée Nationale a voté, le 30 décembre 2016, un décret précisant les conditions de dispensation d'une activité physique adaptée à certaines pathologies.

1.5.1 Historique

En Octobre 2012, une politique publique «Sport-Santé Bien-Être» est présentée en conseil des ministres par le ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative et le ministère des affaires sociales et de la santé. Cette politique publique, en association avec les collectivités locales et le secteur associatif, a pour objectif de promouvoir les activités physiques et sportives pour tous et à tous les âges de la vie, d'accroître le recours aux thérapeutiques non médicamenteuses et de développer la recommandation des activités physiques et sportives par les médecins et les autres professionnels de santé, en reprenant les points mis en avant par le plan national de prévention par les activités physiques et sportives et le PNNS (80).

Suite au lancement du réseau Strasbourgeois «Sport Santé sur Ordonnance», les premières Assises du sport-santé sur ordonnance permettent de faire un état des lieux. Elles indiquent qu'il est indispensable de passer à la prescription médicale par le médecin traitant, centrale dans les dispositifs déjà développés (81).

1.5.2 Législation

C'est la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé qui reconnaît la contribution positive d'une pratique régulière d'APS à la santé publique (82). Elle déclare que «dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret. »

Le 26 décembre 2016 est publié dans le code de la santé publique le décret 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 (83), avec entrée en vigueur par instruction interministérielle le 3 mars 2017 (84). Cet article prévoit que dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Ce décret précise les conditions dans lesquelles sont dispensées ces activités physiques adaptées et prévoit les modalités d'intervention et de restitution des informations au médecin traitant. Le code de santé publique prévoit donc que les activités physiques adaptées puissent être dispensées par des paramédicaux comme les kinésithérapeutes ou les ergothérapeutes et par des professionnels ayant reçu un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée.

1.5.3 En pratique

1.5.3.1 La prescription par le médecin généraliste

Le médecin généraliste, et particulièrement le médecin traitant, a une place centrale dans le dispositif sport sur ordonnance. En effet, il est en première ligne pour la promotion de l'activité physique, par sa connaissance de la globalité du patient, ce qui en fait un interlocuteur privilégié, en tant que premier recours, et par sa position centrale dans le parcours de soin du patient.

Le médecin traitant prescrit une activité physique dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Il n'y a que les patients porteurs d'une ALD, dans le cadre du parcours de soins qui peuvent bénéficier de cette prescription. La prescription se fait sur un formulaire spécifique (Annexe 1). Le formulaire est censé préciser les capacités physiques du patient ainsi que le risque médical pour une prescription personnalisée qui définira pour chacun la fréquence, l'intensité, le type et la durée (FITT) de la séance d'activité physique adaptée (85). La prescription se fera en fonction des recommandations des sociétés savantes, mais aussi de la volonté et des demandes du patient. Il est important dans ce cadre d'écouter les motivations du patient et d'identifier les obstacles à sa pratique (86).

Le médecin traitant doit distinguer les patients en ALD atteints de limitations fonctionnelles sévères et les patients souffrant de limitations fonctionnelles moins sévères. Ces limitations reposent sur différents niveaux d'altération des fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles, et de la perception de la douleur (83). Il est envisagé 4 niveaux d'altération : sévère, modérée, minime et sans limitation. Le tableau n°2 précise les atteintes fonctionnelles sévères pour chaque fonction (85).

Fonction	Critère d'évaluation	Atteinte sévère
Fonctions locomotrices	Fonction neuromusculaire	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction ostéo-articulaire	Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
	Marche	Distance parcourue inférieure à 150 m
Fonctions cérébrales	Fonction cognitives	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ ou de dépression

Fonctions sensorielles et douleur	Capacité visuelle	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier
	Capacité sensitive	Stimulations sensibles non perçues, non localisées
	Capacité auditive	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	D�esequilibres sans r�eequilibrage. Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Douleur constante avec ou sans activité

Tableau n 2: limitations class es s ev es pour les patients porteurs d'affections de longue durée

Cette évaluation va servir à orienter correctement le patient. En effet, le patient présentant au moins 2 altérations fonctionnelles s ev es est consid er e comme atteint de limitations s ev es, et ne pourra être pris en charge que par des kinésithérapeutes, des enseignants APA, des ergothérapeutes ou des psychomotriciens. Les patients consid er es comme non atteints de limitations s ev es pourront également être orient es vers des professionnels de l'activité physique ayant les compétences nécessaires ( ducateurs sportifs par exemple) (83).

1.5.3.2 Modalités de suivi

Il est demand e d'encourager la mise en place de collaborations entre les différents acteurs locaux intervenant auprès des patients (professionnels de santé, enseignants en APA, éducateurs sportifs) dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. L'intervenant est cens e transmettre périodiquement un compte-rendu du déroulement de l'activité au médecin traitant, avec l'accord du patient, qui doit recevoir copie de ce compte rendu. L'intervenant peut formuler des propositions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents de celle-ci. Le médecin traitant peut de son côté, adresser le patient vers d'autres professionnels et intervenants. Il est important, pour le médecin traitant, de suivre régulièrement l'évolution des limitations fonctionnelles des patients car celles-ci ne sont jamais définitives (85).

1.5.3.3 Financement

La prescription d'APA à un patient en ALD ne donne pas lieu, pour le moment,   un remboursement, ni même   une cotation d'acte pouvant ultérieurement être rembours e. La charge financière représentée par ces séances d'APA pourra donc potentiellement être prise en charge par:

- Le patient, ce qui risque d'être source d'inégalités.
- Les collectivités territoriales (municipalité, département, région...), cependant rien n'est pr ecis e dans le décret et cette prise en charge se fait au bon vouloir des collectivités.
- Certaines mutuelles qui prennent en charge les séances.

Par ailleurs, le décret ne prévoit pas de cotation spécifique des consultations par le médecin traitant qui assure le bilan initial, la prescription et le suivi d'APA (88).

1.6 Limites et freins à la prescription d'activité physique

Plusieurs études ont déjà été publiées à ce sujet, interrogeant notamment les médecins généralistes sur ces freins. Les limites à la prescription qui en ressortaient étaient (88) (89) (90) (91) (92) (93):

- Le manque de temps.
- Le manque de perception de l'efficacité de leurs interventions.
- L'absence de compétences dans l'entretien motivationnel appliqué à l'AP.
- L'absence de connaissances sur la posologie de la prescription d'AP.
- Le manque de conviction.
- L'absence de remboursement des soins.
- L'impression de peu de réussite à changer le comportement des patients.
- Le manque de protocoles clairs d'AP.
- Le manque de temps pour se former.
- L'idée que le conseil minimal est suffisant.

Cependant, avec les mesures législatives prises ces dernières années, l'objectif est de sortir de ce conseil minimal pour se diriger vers une prescription écrite avec des posologies précises.

1.7 Un premier élément de réponse: les recommandations HAS

Pour guider le médecin généraliste dans la prescription d'APA, la HAS a publié en septembre 2018 son guide d'aide à la prescription d'activité physique (7). Il convient de noter la différence entre l'Activité Physique Adaptée, cible des recommandations de la HAS, et le dispositif sport sur ordonnance, mis en place par les ARS ne concernant que les patients atteints d'ALD.

Il y est expliqué que «le médecin doit envisager une évaluation médicale minimale de son patient dès lors qu'il envisage de lui conseiller ou de prescrire une activité physique. Concrètement, il s'agit d'évaluer son risque cardiovasculaire, d'estimer son niveau habituel d'activité physique et jauger son niveau de motivation pour les activités physiques choisies avec lui.»

Certains patients plus à risque pour la pratique d'une activité physique, en particulier d'événements cardiaques graves ou demandant un accompagnement médical plus important – comme les patients diabétiques, les personnes atteintes de cancer ou les personnes âgées fragiles – doivent bénéficier d'une consultation médicale

d'activité physique. Cette consultation comprend un interrogatoire, une évaluation du niveau de risque cardiovasculaire, un examen physique, une évaluation de la condition physique et un entretien de motivation et, au besoin, la prescription d'examens complémentaires. Cette consultation se conclut par la prescription d'activités physiques adaptées à l'état du patient et par des conseils pour réduire le temps passé à des activités sédentaires.

En plus de ces informations, des recommandations sont établies concernant la nécessité ou non d'une consultation d'activité physique, concernant le contenu de cette consultation et la nécessité de prescription d'examens complémentaires.

La consultation médicale d'AP comprendra dans l'idéal:

- Un interrogatoire sur l'histoire médicale et sur les habitudes de vie du patient
- Un examen physique complet, en particulier cardio-vasculaire, respiratoire et de l'appareil locomoteur
- Une évaluation des différentes composantes de la condition physique par des mesures anthropométriques et des tests en environnement.

Ces premiers temps de la consultation permettent d'évaluer le niveau de risque cardiovasculaire à l'AP du patient, de repérer des contre-indications ou des limitations cardio-respiratoires et musculosquelettiques à l'AP, et de définir les besoins et attentes en AP du patient.

- Une demande d'un avis spécialisé +/- une épreuve d'effort (si indiquée).
- Une prescription d'autres examens complémentaires (si indiquée)
- Un entretien de motivation centré sur les AP ou sportives.

Cet entretien permet d'accompagner le patient vers un changement de mode de vie, plus actif et moins sédentaire, et de définir avec le patient des objectifs réalistes et réalisables en AP de la vie quotidienne, en exercices physiques et en activités sportives.

- Une prescription individualisée d'AP et sportive
- Un certificat médical d'absence de contre-indication à l'activité sportive (CACI), pour le sport choisi avec le patient (si indiqué).
- La programmation du suivi médical, qui doit permettre au médecin d'adapter sa prescription d'AP et de renforcer la motivation de son patient.

Une ordonnance d'AP pour la santé comprend (au mieux) :

- Des conseils sur l'augmentation des AP de la vie quotidienne, en particulier les déplacements actifs
- Des conseils sur la réduction du temps passé à des comportements sédentaires et son fractionnement
- Les composantes de la condition physique à développer en priorité, en fonction des faiblesses repérées de l'examen

- Les caractéristiques en FITT-VP de l'AP préconisée, en renvoyant, le plus souvent, le professionnel qui supervise l'AP aux référentiels d'aide à la prescription d'AP par pathologie édités par la HAS
- Un programme d'AP adaptées à la pathologie du patient, en ville ou en institution, en individuel ou en groupe (si indiqué et en fonction des ressources locales)
- Une activité sportive de loisirs choisie avec le patient, avec les coordonnées du club sportif de proximité ; ou une activité de sport-santé (si indiquée), en s'aidant du dictionnaire médicosportsanté
- Le type de professionnel requis pour superviser l'AP (si indiqué), en fonction du jugement clinique du médecin, en s'aidant de la classification en quatre niveaux des limitations fonctionnelles développée pour les patients en ALD, en s'adaptant aux ressources locales en AP et en tenant compte des demandes du patient
- Un certificat médical d'absence de contre-indication à l'activité sportive⁶ (CACI) pour le sport choisi avec le patient (si indiqué).

1.8 Organisation du sport sur ordonnance en Haute-Savoie

Depuis Octobre 2015 et le développement du réseau sport santé sur Ordonnance dans le Chablais (autour de Thonon les Bains), le dispositif sport sur ordonnance a été géré par le réseau Accompagnement Coordination Complexité Conseil Éducation Santé (A.C.C.C.E.S.), en partenariat avec l'ARS, la direction départementale de la cohésion sociale, l'Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique (UFOLEP) et le Comité Départemental Olympique et Sportif (CDOS) (95).

Par ailleurs toutes ces instances ont ouvert une plateforme téléphonique de renseignement pour tous les professionnels (de santé ou du sport), mais aussi pour les patients (96).

Ainsi, au cours des trois dernières années, un dispositif a été mis en place dans le bassin Annécien (fin 2017) et dans la vallée de l'Arve, autour de la ville de Sallanches (premier semestre 2018), s'inspirant du dispositif déjà installé dans le Chablais. Une participation financière de 30€ est toujours demandée aux patients, et les patients inclus bénéficient, après un premier bilan effectué par un enseignant en APA, d'un cycle de 16 semaines, à raison d'une séance par semaine. La durée et le nombre d'activités proposées varient en fonction du secteur, et un bilan de fin de programme est effectué avec le patient. Ce cycle n'est pas renouvelable (96).

Cependant, si le programme chablaisien fonctionne bien, le dispositif dans les autres villes et sur l'ensemble du département, a du mal à se développer, avec une cinquantaine de patients recrutés sur les dispositifs d'Annecy et de Sallanches en un an (contre 1600 en 5 ans à Strasbourg).

1.9 Problématique

Plusieurs études ont donc mis en évidence les freins à la prescription de l'activité physique adaptée, notamment avant l'instruction interministérielle du 3 mars 2017.

Or, et malgré la mise en place de différents plans et de mesures législatives, on note que le recrutement de patients reste faible en Haute-Savoie, et ces freins semblent encore présents. Ceci nous amène à nous demander quels sont les freins à la mise en place et au développement du dispositif en Haute-Savoie.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence les freins persistants à la mise en place et au développement du dispositif sport sur ordonnance en Haute-Savoie.

Les objectifs secondaires étaient de proposer des solutions pour lever ces freins, mais aussi d'évaluer le ressenti des différents professionnels impliqués vis-à-vis du dispositif.

2.2 Choix de la méthode

Les freins à la mise en place du sport sur ordonnance en Haute-Savoie ont été étudiés par le biais d'une étude qualitative en focus groupes. Cette méthodologie permettait également de répondre aux objectifs secondaires en confrontant directement le ressenti et les propositions des différents corps de métier impliqués dans le dispositif sur le territoire Haut-Savoyard, et de les faire réfléchir ensemble sur les améliorations

possibles. Cette méthode permet de recueillir des données verbales issues des focus groupes en laissant libre expression aux participants.

2.3 Organisation des focus groupes

2.3.1 Constitution et caractéristiques de l'échantillon

Dans le but de recueillir le ressenti de tous les acteurs potentiellement impliqués dans le dispositif et de confronter leur regard, une population hétérogène a volontairement été choisie. Deux corps de métier entrent dans le dispositif sport sur ordonnance en Haute-Savoie: les médecins généralistes, théoriquement à l'origine de l'inclusion du patient dans le dispositif grâce à la prescription, et les enseignants en activité physique adaptée, qui réalisent les bilans d'entrée, les séances d'activité physique et les bilans de fin de programme. Les participants étaient donc d'un côté des médecins généralistes installés en libéral en Haute-Savoie, et de l'autre côté des enseignants en activité physique adaptée exerçant également sur le territoire haut-savoyard. Les kinésithérapeutes ne participent pas pour le moment au dispositif haut-savoyard en pratique et n'ont donc pas été intégrés aux groupes. L'enquête s'est déroulée entre Août 2018 et Novembre 2018.

L'échantillon est composé de 9 médecins généralistes et de 9 enseignants en activité physique adapté. Les participants à l'étude ont été sollicités par e-mail, et seuls les volontaires ont participé.

Un tableau récapitulatif des caractéristiques des différents participants est détaillé en annexe.

2.3.2 Le guide d'entretien

Le canevas d'entretien a été réalisé avec des questions ouvertes pour laisser un maximum de liberté aux participants. Une première série de questions servait «d'ouverture», laissant réfléchir les groupes sur la place de l'activité physique dans la prise en charge des patients. Dans un deuxième temps, les questions portaient sur la relation entre le médecin généraliste et l'enseignant en activité physique adaptée. La troisième partie portait sur l'objectif principal, à savoir la vision du dispositif actuel de sport sur ordonnance en Haute-Savoie et les freins au développement du dispositif. Enfin une dernière série de questions essayait d'amener les participants à réfléchir à des solutions pour lever ces freins.

Le guide d'entretien utilisé pour animer les focus groupes est disponible en annexe.

2.3.3 Les focus groupes

3 focus groupes ont eu lieu entre Août et Novembre 2018. Les focus groups ont été formés de la manière suivante: trois enseignants APA et trois médecins généralistes par groupe, en fonction des disponibilités de chacun.

Les focus groupes se sont déroulés en lieu neutre. L'enregistrement a été effectué sur support numérique audio après accord des participants. La saturation des données a été obtenue. Les entretiens ont duré entre 1 heure 45 minutes et 2 heures 30 minutes.

2.4 Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits de manière fidèle à l'enregistrement, mot pour mot, via le logiciel Word. L'anonymat de tous les participants a été respecté, chaque participant recevant un code en fonction de sa pratique (EAPA01 à EAPA09, MG 01 à MG 09).

Le logiciel Nvivo a permis de répartir les données en catégories et sous-catégories. La triangulation des données a été effectuée avec le directeur du travail.

3 RÉSULTATS

3.1 Population

La population était hétérogène, 9 médecins généralistes et 9 enseignants en activité physique adaptée ont été interrogés au total.

L'échantillon était composé de 9 femmes (3 parmi les médecins généralistes, 6 parmi les enseignants en APA) et 9 hommes (6 médecins généralistes, 3 enseignants en activité physique adapté).

Les participants avaient un âge variant de 23 à 52 ans, avec un âge médian de 32 ans (34 pour les médecins généralistes, 32 pour les enseignants APA).

Au cours des focus groupes, quatre thématiques ont été mises en évidence:

- La vision globale de l'importance de l'activité physique.
- La relation médecin généraliste – enseignant en APA

- Les freins à la mise en place du dispositif
- Les solutions proposées pour tenter de lever ces freins

3.2 Vision globale de l'activité physique

3.2.1 Importance de l'activité physique dans la prise en charge.

Pour tous les groupes, l'activité physique est vue comme une partie fondamentale de la prise en charge du patient dans sa globalité:

«Pour moi c'est pas secondaire, c'est important.» (MG01),

«Ben nous je pense que ça tient une place importante. C'est vraiment un support non médicamenteux qui peut être thérapeutique.» (EAPA03),

«la santé ne s'aborde pas sans l'activité physique» (MG06),

«en étant quasi persuadé ... en avançant dans la pratique que c'est beaucoup plus important que les médicaments» (MG04),

«quand je reçois un patient que je ne connais pas ça fait partir des questions de base pour évaluer un peu l'hygiène de vie, la forme globale.» (MG08).

Cependant, les participants sont bien conscients qu'elle ne suffit pas pour améliorer la santé du patient:

«on fait tous partie d'une équipe pluridisciplinaire et on peut pas dire bah si il va faire 30 min d'activité ben on va le guérir quoi» (EAPA01),

«je pense qu'elle est primordiale à côté de l'alimentation, à côté effectivement de toute une hygiène de vie» (EAPA08).

3.2.2 Patients concernés par l'activité physique

3.2.2.1 Patients porteurs de problèmes cardio-vasculaires

Les patients porteurs de pathologies cardio-vasculaires sont très souvent évoqués, principalement par les médecins généralistes:

«Les cardio-vasculaires» (MG01),

«Post-infarctus de 50 ans» (MG05),

«Les patients plus fragiles, sur le plan cardio vasculaire, sur des comorbidités» (MG07).

3.2.2.2 Diabète

Tous les participants sont d'accord pour dire que le diabète est une pathologie où l'activité physique est fondamentale dans la prise en charge thérapeutique:

«l'activité physique fait partie de la triptyque du traitement... diabétique de type II surtout.» (EAPA05),

«le diabétique vraiment en surpoids» (MG06),

«les patients de diabète doivent faire de l'activité physique...» (EAPA07).

3.2.2.3 Dyslipidémie

Les troubles dyslipidémiques sont évoqués dans un groupe:

«tout ce qui est patients sédentaires, qui ont des troubles dyslipidémiques, effectivement ils ont un intérêt bien prouvé aujourd'hui dans le fonctionnement physiologique d'une activité physique.» (EAPA07),

«Il y a aussi pour les patients patients chez qui on voit des problèmes de dyslipidémie» (MG09).

3.2.2.4 Surpoids/obésité

Les problèmes de surpoids ont été unanimement mentionnés:

«les problèmes de surpoids» (EAPA01),

«On a tous eu des patients avec un bide comme ça énorme, et leur faire diminuer le pain c'était déjà juste un combat quoi... Alors passer à leur dire de faire juste un peu d'activité physique c'est déjà tout un monde.» (MG06),

«s'ils sont en obésité» (EAPA07).

3.2.2.5 BPCO

Les pathologies pulmonaires, et particulièrement la BPCO, sont améliorées par l'activité physique:

«Il y en a pas mal en fait. BPCO aussi.» (MG05),

«La BPCO ...» (EAPA07).

3.2.2.6 Cancer

Plus récemment décrits dans la littérature, les bénéfices de l'activité physique dans les pathologies néoplasiques ont été mentionnés par les participants:

*«il y a plein de trucs sur les pathologies néoplasiques qui sont sortis» (MG04),
«les patients qui sont en cours de traitement pour un cancer» (EAPA07),
«Je pense que si un patient était venu me voir, qu'il avait un problème d'un cancer, n'importe lequel, et qu'il me demandait l'autorisation d'avoir une activité sportive de lui-même, au contraire je l'aurais encouragé à continuer...» (MG08).*

3.2.2.7 Douleurs chroniques

Tous les participants notent l'importance de l'activité physique chez les patients douloureux chroniques:

*«Les douloureux chroniques.» (MG02),
«pour des lombalgies chroniques» (EAPA03),
«Oui surpoids, lombalgies...» (MG05),
«la lombalgie chronique.» (EAPA07).*

3.2.2.8 Psychiatrie et addictologie

L'activité physique est vue comme un outil particulièrement intéressant dans la prise en charge des patients psychiatriques:

*«Et puis aussi les dépressifs.» (MG02),
«Et les patients qui ont des problèmes psychologiques également.» (MG07),
« c'est vrai que les troubles psychiatriques, même si c'est large, je pense que c'est pas mal et nécessaire.» (EAPA08).*

3.2.2.9 Isolement social

L'intérêt de l'activité physique chez les personnes en situation d'isolement social a été mentionné par un groupe:

*«C'est aussi tous les patients qui sont en situation d'isolement social.» (EAPA07),
«précarité physique ou sociale» (MG08).*

3.2.2.10 Déficience intellectuelle

Les patients présentant une déficience intellectuelle modérée peuvent présenter des bénéfices à pratiquer l'activité physique:

«un handicap physique, un handicap mental» (MG03),

«Pour des patients qui sont déficients intellectuels légers, et en fait on sait que c'est une population qui est plus sédentaire et qui a moins facilement accès à l'activité physique que la population générale» (EAPA07).

3.2.2.11 Personnes âgées

Le bénéfice de l'activité physique chez les personnes âgées est évoqué dans tous les groupes:

«pour la population vieillissante aussi» (EAPA03),

«souvent un petit peu en surcharge ou un petit peu âgées...» (MG04),

«Même les personnes âgées...» (MG07).

3.2.2.12 Tout le monde

Pour les participants, l'ensemble de la population devrait pratiquer une activité physique:

«tout le monde peut en bénéficier.» (MG03),

«Tout le monde peut faire tout» (EAPA01),

«Il y en a pas mal en fait.» (MG05),

«je dirais presque tous» (EAPA08),

«Ça peut s'adresser à tout le monde en fait.» (MG07).

3.2.2.13 Affection de longue durée

Si l'activité physique est perçue comme importante dans l'ensemble de la population, les participants ne manquent pas de recontextualiser le sport sur ordonnance dans le cadre légal:

*«dans le cadre du sport sur ordonnance, en faite la réponse elle est simple puisque ça tombe sous le coup de la loi en faite. Ça devient du médico-légal. C'est des gens qui sont en ALD.» (EAPA01),
«sport sur ordonnance c'est que des gens en ALD» (MG05),
«Le projet de loi c'est que pour l'ALD.» (EAPA04).*

3.2.3 Type d'activités

3.2.3.1 Activité d'endurance modérée, «douces»

Ces activités étiquetées comme douces sont plus facilement proposées aux patients, particulièrement par les médecins généralistes.

La marche est très présente dans la tête des participants:

*«La marche, la ouais...» (EAPA03),
«Allez marcher dans les bois» (MG04),
«Après le plus facile quand même, c'est de dire «bah marchez», parce que marcher on se déplace...» (EAPA06),
«Ça peut être ouais aussi de la marche nordique hein...» (MG07).*

Le vélo et la natation sont également souvent cités:

*«alors je vais leur donner heu... effectivement la natation la marche... Un peu comme tout le monde je pense...» (MG01),
«Rando, vélo et natation...» (MG05),
« Le vélo peut être, pour l'économie articulaire et la remise en forme douce chez le patient cardiaque, diabétique...» (MG07).*

Enfin dans cette catégorie, la gymnastique a été citée plusieurs fois:

*« la natation, la gym...» (EAPA03),
«La gym douce...» (MG07).*

3.2.3.2 Sports fractionnés

Un des participants déclare se tourner plutôt vers les sports fractionnés, de par la courte durée d'une séance:

«tout ce qui va être sport fractionné, des trucs comme ça, en terme de cardiovasculaire, c'est plus intéressant que du sport classique» (MG06).

3.2.3.3 Toute activité, adaptée au patient

C'est l'idée principale évoquée dans l'ensemble des groupes: il est possible de tout faire pour un patient, du moment que l'activité est adaptée à ses capacités et surtout ses goûts:

«je leur dis «vous pouvez tout faire, il faut juste que vous adaptiez laaaaa... l'activité physique à ce que un vous vous sentez capable de faire»» (MG01),

«Tout le monde peut faire tout, sauf qu'il faut adapter à chaque fois.» (EAPA01),

«s'il arrive à avoir le côté plaisir lorsqu'il fait une activité, même si ce n'est pas ce qu'il y a de top, il arrive à continuer.» (EAPA04),

«La clé, et c'est ce qu tu as dit, c'est le plaisir! Et on n'a rien à imposer à la personne» (EAPA05),

«Après il y a aussi le goût du patient en fait, c'est quand même un des trucs prioritaires pour orienter son activité...» (EAPA07),

«On peut faire du basket adapté, on peut faire de la lutte adaptée» (EAPA08).

3.2.3.4 Importance du groupe

Les participants ont relevé l'importance de la participation en groupe, permettant une meilleure adhésion du patient:

«ils trouvent la motivation en groupe» (EAPA03),

«ils voient que les gens qui ont d'autres pathologies ils arrivent aussi à faire quelque chose...» (MG01),

«le fait aussi d'être en groupe parce qu'il y a aussi beaucoup de personnes qui sont seules» (EAPA04).

3.2.4 Bénéfices attendus

De manière générale, tous les participants voyaient un bénéfice à pratiquer une activité physique:

«l'intérêt de l'activité physique... je crois que c'est plus à débattre.» (EAPA01),
«on a tendance à toujours se centrer sur la déficience, et l'intérêt de l'APA c'est de voir plus globalement» (EAPA08),
«Pour limiter les comorbidités!» (MG07).

3.2.4.1 Bénéfice cardio-respiratoire

Le bénéfice sur le plan cardio-respiratoire est le bénéfice physique le plus attendu par les participants:

« le cardio-vasculaire, enfin à tous les niveaux...» (MG06),
«amélioration de l'endurance cardio-respiratoire, amélioration de la force musculaire» (EAPA07),
«meilleure endurance cardio-vasculaire, composition corporelle, capacité respiratoire» (EAPA08).

Le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaires a également été mentionné:

«clinique, en terme de poids, amélioration de la dyslipidémie, amélioration des marqueurs du diabète...» (MG07).

3.2.4.2 Bénéfice sur la fatigue et le sommeil

La limitation de l'asthénie et des troubles du sommeil a été plusieurs fois citée par les participants:

«Pour la cancérologie on sait que c'est le seul soin non médicamenteux reconnu comme ayant un impact sur la fatigue lié au traitement et aux effets secondaires des pathologies.» (EAPA04),
«des problèmes pour la fatigue, pour l'endormissement, pour ce genre de chose» (EAPA05),
«l'activité physique, bah tu dors mieux.» (MG06).

3.2.4.3 Assimilation et complément des traitements

L'activité physique est perçue comme une aide pour assimiler ou alléger les traitements:

«C'est un gros plus clairement, sans dire que voilà, il ne faut plus de médicament, mais ça peut tout à fait amener à ce que le traitement soit moins lourd.» (EAPA03),
«Et ça peut potentialiser les effets du traitement aussi, donc clairement c'est bénéfique.» (EAPA01),

«les chimiothérapies avaient, ont potentiellement un meilleur impact quand elles sont associées à l'activité physique.» (EAPA04),

«ils ont des traitements qui sont lourds donc ça les aide à les assimiler, à les diminuer plus ou moins, donc les ajuster plus ou moins avec le médecin.» (EAPA08).

3.2.4.4 Lutte contre le vieillissement, entretien

L'activité physique est vue dans tous les groupes comme un moyen de lutter contre le vieillissement et le déclin physique de la personne âgée:

«l'activité physique... on n'est plus dans du sport là... régulière, c'est quelque chose qui va leur permettre de maintenir leurs acquis.» (MG03),

«Sans parler de progression parler de maintien c'est déjà pas mal.» (MG04),

«mon but en gériatrie c'est qu'ils ne perdent pas... Enfin qu'ils maintiennent. Si ils s'améliorent, super, mais au moins on les maintient.» (EAPA05),

«Et puis ça évite de les mettre en maison de retraite par la suite, ils restent plus longtemps à la maison et c'est une bonne chose.» (EAPA09).

3.2.4.5 Bénéfice psychologique

Tous les participants sont convaincus du bénéfice psychologique de l'activité physique:

«Un bénéfice physique un bénéfice psychologique.» (MG01),

«ils vont gérer leur stress, leur dépression, leurs troubles du sommeil» (MG06),

«Moi je vois plus l'activité physique en pratique dans le bien-être du patient», (MG05),

«et puis au niveau de leur image, de leur propre confiance en eux» (EAPA08),

«Moi je trouve qu'il est hyper important le bénéfice sur le moral.» (MG08).

L'importance de reprendre goût à une activité physique est particulièrement souligné:

«Au final c'est mieux qu'il continue dans le temps» (EAPA04),

«les faire adhérer à un sport ou plusieurs activités» (MG07),

«c'est plutôt lui donner goût!» (MG08),

«Et puis il y a un aspect bien-être qui est très important, prendre plaisir dans le mouvement, prendre plaisir à faire ce qu'ils arrivent à faire» (EAPA08).

3.2.4.6 Bénéfice social

L'activité physique est perçue comme épanouissante sur le plan social pour les patients:

«Et social! En fait c'est ça c'est bio-psycho-social, c'est vraiment un tout.» (EAPA01),

«juste le fait d'être en groupe et de partager quelque chose en groupe» (EAPA03),

«Bah moi ce serait vraiment le lien...» (MG08),

«Après, de façon plus large, les bienfaits sociaux pour éviter l'isolement» (EAPA08).

3.2.4.7 Bénéfice en terme de qualité de vie

De façon globale, pour l'ensemble des participants, l'activité physique améliore la qualité de vie:

«En terme de qualité de vie!» (EAPA02),

«On peut dire qualité de vie comme ça on a tout pris en compte.» (MG05),

«dans leur qualité de vie aussi!» (EAPA06),

«finalement la qualité de vie» (MG08),

«Amélioration de la qualité de vie» (EAPA07).

3.3 La relation médecin généraliste – enseignant en activité physique adaptée

3.3.1 Le rôle théorique du médecin

3.3.1.1 L'implication dans le dispositif

Les participants, et particulièrement les enseignants en activité physique adaptée, reconnaissent le rôle fondamental du médecin généraliste et accordent une importance notable à son implication dans le dispositif:

«le médecin il a des informations que l'EAPA n'a pas forcément et inversement je pense.» (EAPA09),

«c'est quand même un guide le médecin, quand même un minimum» (EAPA03),

«le médecin généraliste c'est vrai qu'il devrait pouvoir être aussi moteur de ce truc là quoi, pas seulement prescripteur.» (EAPA01),

«sans médecin, bah on ne fait rien quoi. Donc tant que le médecin ne nous a pas légitimés, bah il ne se passe rien quoi...» (EAPA05),

«on a besoin effectivement que les médecins ils cadrent un peu les choses, voilà.» (EAPA08).

3.3.1.2 Information et motivation du patient

Le premier rôle du médecin traitant est l'information du patient au sujet de la possibilité de prescription d'une activité physique:

«Bah il y a un rôle motivationnel en premier lieu hein. Si on crédite déjà la validité, enfin l'intérêt du plaisir et tout ça, c'est déjà une première pierre posée pour donner du crédit, après on sait que tout ce qui est motivationnel c'est des choses répétées quoi.» (MG06),

«Déjà nous informer le patient, c'est la base. L'informer qu'il existe donc cette possibilité de sport sur ordonnance.» (MG07),

« proposer, informer» (MG08),

«Votre message est hyper important pour le patient en fait. C'est «mon médecin m'a dit qu'il fallait que je m'inscrive»» (EAPA07).

3.3.1.3 Au cours de la prescription

Au-delà du certificat de non contre-indication, le médecin a également un rôle à jouer dans le dépistage des patients concernés par le dispositif:

«nous dans notre patientèle, de dépister les gens pour qui ça marcherait» (MG08),

«j'attends effectivement déjà le côté «cibler les patients».» (EAPA07).

Par la suite, au cours de la demande, il peut également être intéressant que le médecin donne des informations complémentaires sur le patient et des indications à l'enseignant en activité physique adaptée:

«un petit résumé du patient, avec les petits points de vigilance qu'il faut avoir sur la personne.» (EAPA04),

«que ce soit intégré pour vous mettre un petit commentaire, juste un petit espace commentaire, ou alors qu'on intègre un courrier.» (MG08).

3.3.1.4 Assurer le suivi

Pendant et après le programme, le médecin traitant a un rôle à jouer dans le suivi du patient, concernant le déroulement des séances et une potentielle inscription à une activité à la suite du programme:

«créer un lien en fait avec euh, avec ce qui s'est passé pendant le programme.» (EAPA01),
«Et piqûre de rappel après. De... de rappeler au patient «bah voilà vous aviez fait ça»... Piqûre de rappel auprès du patient.» (MG01),
«peut-être vérifier que ça se pérennise aussi dans le temps après» (MG07),
«vous pourriez en remettre une couche derrière.» (EAPA07),
«qu'on puisse le faire fructifier après.» (MG08).

3.3.2 Rôle de l'enseignant en activité physique adaptée

Même si le métier d'enseignant en activité physique adaptée reste peu connu, les médecins généralistes ayant participé sont convaincus que ces professionnels ont un rôle fondamental dans le parcours du patient:

«vos métiers sont tout à fait intéressants.» (MG03),
«quand je vous entend parler je me dis que vous avez une compétence qui est extra... enfin je veux dire, c'est clair qu'on est complémentaires et que vous avez un travail que l'on ne peut pas faire.» (MG06),
«je sais qu'il y a des personnes qui sont bien plus au fait de tout ça, je laisse mon patient et puis je fais confiance.» (MG08),
«Parce que vous êtes largement plus qualifiés que nous» (MG08),
«je suis contente d'être perçue comme quelqu'un qui... qu'on ait un retour où on est considérés comme des gens qui s'y connaissent.» (EAPA07).

En dehors de réaliser les séances d'activité physique adaptée, le principal rôle de l'enseignant en activité physique adaptée noté par les participants est l'importance d'un retour au médecin traitant:

«un retour c'est souhaitable» (EAPA03),
«faire un retour à la fin du programme pour que le médecin ait l'info de ça au moins.» (EAPA04),
«d'avoir un retour pour que ça soit, pour que l'on sache ce qu'il s'est passé et puis qu'on puisse le faire fructifier après.» (MG08),
«que les médecins aient plus de retour effectivement, que les retours soient pertinents aussi» (EAPA07).

Les médecins généralistes comptent sur les compétences des enseignants en activité physique adaptée pour orienter les patients vers des activités qui leur correspondent:

*«Mais après creuser, savoir quels type de sport est adapté à tel pathologie, ça on est un peu plus en difficulté, et c'est là qu'on a besoin d'experts, on a besoin de spécialistes» (MG03),
«on n'a pas les compétences pour trouver ce qui est adapté à tel ou tel patient. C'est votre travail ça.» (MG05).*

Enfin l'enseignant en activité physique adaptée a un rôle à jouer en association avec le médecin traitant pour organiser le suivi du patient, notamment à la sortie du programme:

*«Ça va être un rôle partagé en fait, entre l'EAPA et le médecin prescripteur, de créer ce lien et de, de... de faire le suivi en fait, de l'évolution du patient...» (EAPA01),
«ce qui compte c'est qu'ils s'inscrivent dans la durée sur une activité physique.» (EAPA07).*

3.4 Freins à la mise en place du dispositif

3.4.1 Dans la prescription

3.4.1.1 Manque de connaissance des médecins

Un des freins les plus évoqués dans les groupes est le manque de connaissance général des médecins vis-à-vis du dispositif:

*«On n'y connaît rien.» (MG02),
«vous savez pas ce qu'on fait...» (EAPA01),
«Bah parce qu'en fait on ne sait pas!» (MG01),
«comme on ne connaît pas et qu'on ne sait pas...» (MG02),
«Bah déjà si on était au courant aussi...» (MG05),
«Ouais mais malgré tout, mes associés qui sont là depuis 20 ans, ils le connaissaient pas.» (MG07),
«Avant d'arriver ici ce soir je ne savais pas que ça existait.» (MG08).*

Malgré cette méconnaissance, on note que les médecins généralistes participants sont intéressés par le principe et y accordent une réelle importance:

«En tout cas j'ai aucune info. J'étais intéressé et j'ai été déçu.» (MG05),

«Même s'ils ne connaissent pas grand-chose ils sont très intéressés.» (EAPA04),

«J'ai jamais prescrit pour l'instant de sport sur ordonnance mais bon ça m'intéresse donc à découvrir.» (MG08),

«Je ne connais rien au sport sur ordonnance mais ça m'intéresse parce que je pense que ça peut être très bénéfique au patient, mais je ne sais pas du tout comment ça marche.» (MG09).

3.4.1.1.1 Vis à vis de l'organisation du dispositif

Certains participants ont mentionné une méconnaissance des médecins à propos notamment du déroulement des séances, et du contenu du sport sur ordonnance:

«mais moi je sais pas ce que c'est, je sais pas ce que vous faites» (MG03),

«Mais pour bien les cibler il faut que l'on sache ce qui se passe avant, c'est ça qui n'est pas facile.» (MG08),

«Je pense que c'est flou aussi le parcours, pour un médecin généraliste. Entre le sport santé les réseaux, la passerelle» (EAPA08).

3.4.1.1.2 Vis à vis de l'orientation vers un type adapté d'activité physique

Les participants, et particulièrement les médecins généralistes, insistent sur la méconnaissance de ces derniers concernant les types d'activités adaptées aux différents patients:

«C'est là aussi où je suis un peu limitée du coup, quand ils me demandent «quelle activité physique je peux faire?»» (MG01),

«savoir quels type de sport est adapté à tel pathologie, ça on est un peu plus en difficulté» (MG03),

«Mais moi je ne savais même pas qu'il y avait des formulaires et des machins...» (MG05),

«Mais ça nous par contre on ne connaît pas du tout ces petits trucs et astuces...» (MG04),

«on a eu des retours aussi de médecins qui disaient mais moi je ne veux pas faire une prescription d'activité physique parce que je ne sais pas quoi prescrire» (EAPA07).

3.4.1.1.3 Manque de formation des médecins

Cette méconnaissance des médecins sur plusieurs points peut en partie être expliquée par le manque de formation:

«On n'est pas du tout formés là-dessus, c'est quelque chose d'assez nouveau.» (MG01),

«Ça reste flou je trouve, fin on n'est pas du tout formés à ça.» (MG02),

«Il n'y a pas de formation» (EAPA03),

«Le sport sur ordonnance j'ai l'impression que c'est une grosse blague. En gros il n'y a aucune formation, il a y a rien.» (MG05),

«Mais même dans la capa ils n'en parlent pas.» (MG05).

3.4.1.2 Manque de temps

Tous les participants étaient d'accord sur le fait que la prescription d'activité physique adaptée demande du temps, ce dont les médecins généralistes ne disposent pas forcément:

«C'est assez chronophage, j'imagine vous avez pas forcément non plus vous le temps, vous, de creuser» (EAPA03),

«aller rechercher tout ça on n'a pas forcément le temps...» (MG02),

«le temps en plus dans la journée de travail... Pour certains médecins.» (EAPA04),

«on prend combien de temps pour le remplir? La question en corollaire, c'est «est ce que c'est une consultation dédiée ou pas?»» (MG04),

«alors ça c'est pas évident parce que l'on est tous débordés et voilà mais ...» (EAPA07).

3.4.1.3 Les médecins traitants ne se sentent pas capables de prescrire

Les médecins généralistes interrogés évoquaient également, conséquence de la méconnaissance, un sentiment d'incapacité à réaliser cette prescription:

«honnêtement moi je ne me sens pas capable de dire «tant d'heures»...» (MG01),
«vous driver... mais nous on en est incapables» (MG03),
«on n'a pas les compétences» (MG05),
«Je me suis dit «mais je ne pourrai jamais vous faire une ordonnance»» (MG07).

3.4.1.4 Peur de la responsabilité à travers la prescription

Certains participants ont évoqué quelques potentielles réticences des médecins à prescrire de par leur responsabilité vis à vis du patient:

«Tu signes un certificat pour un truc qui s'appelle «gym douceur», t'imagines pas que les mamies elles montent à 180 de puls' quoi.» (MG04),
«ça fait peur je pense au médecin qui prescrit parce que c'est quand même eux qui mettent leur signature en bas donc à un moment donné il y a quand même une responsabilité aussi.» (EAPA07).

3.4.2 Manque de motivation

3.4.2.1 Du prescripteur

Les participants ont souligné que la mise en place du dispositif n'est pas possible sans la motivation du prescripteur:

«La plupart des confrères ils vont pas dire «bon bah je prescris du sport sur ordonnance»» (MG03),
«Même si l'ARS voulait, s'il n'y a pas de dynamique des médecins derrière...» (EAPA03),
«C'est une question de motivation des patients ET des prescripteurs.» (MG01),
«Et puis il faut déjà s'y intéresser, il faut que se soit déjà à mon avis des médecins qui s'intéressent au sport, qui ont envies de s'orienter la dedans.» (MG08).

3.4.2.2 Du patient

Par ailleurs, les groupes sont bien conscients que le manque de motivation du patient peut être un important frein:

«ils ont pas trop envie de faire grand chose.» (MG03),
«il y en a ils s'enkystent dans le je déprime chez moi tout seul, parce qu'ils ont pas ce petit coup de pouce pour leur faire passer le pas de la porte.» (MG01),
«C'est pas facile de leur faire entendre.» (MG04),
«le patient qui a une maladie chronique mais qui ne veut pas faire d'activité physique on va pas pouvoir lui en faire faire.» (EAPA07).

3.4.3 Dans l'organisation du dispositif

3.4.3.1 Manque d'offre

Un des freins notés par les participants est le manque d'offre en terme d'activité physique adaptée. Premièrement, le manque d'enseignants en activité physique adaptée limite le développement du dispositif:

«Le problème c'est que dans le Genevois on n'a pas de structure on n'a rien. Donc même si on informe le patient il va nous dire «on fait quoi?», bah on fait rien. Donc on n'en parle pas.» (MG03),
«s'il y a rien derrière...» (EAPA01),
«et puis moi en plus la haut y'a rien. J'ai cherché mais il n'y a rien.» (MG05),
«vu qu'on n'est pas remboursés pour le moment, on ne peut pas s'installer comme un kiné, un psychologue...» (EAPA04),
«si on a 80 patients qui arrivent en même temps, on ne va pas pouvoir les prendre en charge.» (EAPA07),
«Je pense qu'après se sera surtout des difficultés de personnel parce qu'à mon avis c'est complètement exponentiel» (MG08).

Par ailleurs, les participants ont également mis en lumière le manque de temps disponible des enseignants en activité physique adaptée, qui cumulent souvent plusieurs activités:

«Et nous on fait plein de trucs en fait, par exemple ce truc là de SSO c'est 2h par semaine, mais à côté on a nos boulots, à côté on a nos autres casquettes, fin voilà quoi...» (EAPA01),
«Après c'est bien de savoir qu'il y a des APA, mais il faut que ce soit des APA qui sont dispos pour ça. Et ça pour l'instant...» (EAPA04),

«c'est aussi du temps et en fait concrètement pour l'instant le temps on la pas forcément donc...» (EAPA07).

3.4.3.2 Organisation du territoire

3.4.3.2.1 Géographique

Les focus groupes ont mis en évidence que l'organisation du territoire du département Haut-Savoyard peut représenter un frein à la mise en place de séances d'activité physique adaptée dans le cadre du sport sur ordonnance:

«Mais en pratique tu es en Haute Savoie. Et la Haute Savoie c'est pas lisse comme histoire. C'est à dire que tu as des vallées... Et les vallées ne communiquent pas entre elles» (MG03),

«Oui mais dans quelles villes? Tu ne peux pas faire un club ACCCES dans tous les villages...» (MG04),

«Et puis il y a le département aussi. En fait la structure du département au niveau géographique...» (EAPA07),

«on est sur un territoire de montagne» (EAPA07),

«on a des territoires qui sont très isolés.» (EAPA07).

Cette structure départementale montagnarde, en vallées, peut entraîner des problèmes de déplacements des patients:

«On a déjà du mal à avoir assez de patients donc les faire venir de loin...» (EAPA02),

«Bah oui faire 30 min de route... c'est pas forcément évident!» (EAPA01),

«Bah leur dire «faites 45 minutes de route pour faire 1 heure de sport... Enfin d'activité physique», c'est un problème.» (MG05),

«on ne peut pas demander aux gens de se déplacer de la même façon en hiver, des fois il y a deux points juste à côté sauf qu'il faut faire tout le tour pour y aller» (EAPA07).

3.4.3.2.2 Politique

Le principal frein évoqué au niveau de l'organisation politique est l'absence de centralisation, de manière nationale ou au moins régionale, des programmes:

«En fait c'est des initiatives individuelles, locales...» (EAPA01),

«C'est au bon vouloir de chacun.» (EAPA02),

«Ouais y a rien de nationalisé.» (EAP03),

«à l'heure actuelle au niveau politique il se passe des choses qui sont compliquées. Et en fait nous on est obligés de travailler avec chaque euuuuh... Pas commune mais... Chaque instance.» (EAPA07).

Selon un participant, cette organisation locale est d'autant plus un frein que l'organisation politique de la Haute-Savoie est très compliquée:

«la Haute Savoie c'est pas lisse comme histoire. C'est à dire que tu as des vallées... Et les vallées ne communiquent pas entre elles.» (MG03),

«chacun prêche pour sa paroisse, pardon pour sa vallée... Et c'est très compliqué... Les moyens de communication c'est pareil, c'est complexe... Donc il y a cet aspect là, historique, qui est tout con, mais qu'on ne retrouve pas dans d'autres départements» (MG03).

Par ailleurs, du fait de cette organisation politique locale, le sport sur ordonnance est régit par plusieurs acteurs, qui ne travaillent que peu ensemble:

«tout le monde a tiré un peu la couverture à lui...» (EAPA05),

«On a des acteurs qui se tirent la bourre on va dire ça comme ça. Et qui travaillent pas du tout ensemble et du coup ça complique énormément les choses.» (EAPA07),

«chacun mène sa barque un peu de son côté.» (EAPA07).

Enfin, selon un participant, les attentes des ARS ne sont pas toujours réalistes et en accord avec celles des médecins:

«c'est vrai que les attentes des médecins ne sont pas forcément les mêmes que celles de l'ARS pour le dire concrètement.» (EAPA07),

«Mon chef, depuis que le sport sur ordonnance existe, dit à l'ARS qu'il y a des patients que l'on ne pourra jamais transposer sur le secteur classique, sauf qu'ils ne veulent rien entendre.» (EAPA07).

3.4.3.3 Aspects logistiques

3.4.3.3.1 Multiplication des acteurs

Le nombre important d'acteurs différents revendiquant pouvoir accueillir les patients de sport sur ordonnance représente à l'heure actuelle une limite pour les participants:

«C'est ça qui est dur. Quand les gens demandent on peut pas leur dire «appelez ce numéro là, et c'est eux qui vont s'en occuper». On peut pas, il faut faire de la recherche» (EAPA01),

«On est dans un pays où il y a une multitudes de diplômés , dans le sport, de différent niveaux de qualification, et du coup les limites entre j'ai pas le droit j'ai pas le droit, je prend qui euh... c'est souvent ... c'est compliqué à cerner tout ça.» (EAPA05),

«l'ARS a jugé qu'il y avait trop d'acteurs sur la Haute-Savoie.» (EAPA07),

«Et il y a tellement de gens maintenant qui sont dans le sport santé, c'est tout flou, ça manque de clarté, et on les perd» (EAPA08),

«la multiplication des acteurs je pense.» (EAPA08).

Vis à vis de cette multiplication des acteurs, un médecin s'est interrogé sur la confidentialité des données:

«Et par rapport à la transmission des données médicales?» (MG04).

3.4.3.3.2 Manque de locaux

Un des freins mentionnés par les participants a également été le manque d'infrastructures pour accueillir les séances:

«il fallait que les mairies, que les privés, veuillent bien nous donner accès à leurs locaux, nous les prêter quoi parce qu'en fait le budget pour la location...» (EAPA03),

«Ce serait déjà bien! Si on a des locaux après on peut aussi faire... Fin voilà.» (EAPA04),

« l'accès aux infrastructures sportives c'est un vrai frein pour nous.» (EAPA07).

3.4.3.3.3 Organisation des protocoles locaux

L'organisation des protocoles, qui se fait uniquement sur le plan local, a également été évoquée par les participants, particulièrement les enseignants en activité physique adaptée:

«C'est un réseau qui fait son truc» (EAPA01),

«C'est un projet qui avait été créé à la base pour cette ARS.» (EAPA05),

«Je crois que toutes les ARS ne font pas ça.» (EAPA04),

«le dispositif sur Sallanches et Annemasse est différent de celui sur Annecy et Thonon.» (EAPA07).

Cette organisation laisse le choix entre 2 activités, voire impose une activité aux patients, ce qui est également vu comme un potentiel frein au recrutement de certains patients:

«on nous impose un truc, un espèce de protocole en fait, parce que c'est aussi amené à être étudié en fait... donc on nous demande de faire un cycle de 16 séances de voilà telle activité, telle activité, telle activité...» (EAPA01),

«la limite qu'on a nous dans le sport sur ordonnance comme il est conçu actuellement, où on mélange toutes les pathologies, eh bah en fait il y a des gens pour qui clairement c'est pas forcément adapté» (EAPA07),

«dans les choses qui peuvent limiter le sport sur ordonnance c'est le type d'activité que l'on propose» (EAPA07).

3.4.3.4 Perdus de vue

Les participants rapportent également un nombre non négligeable de perdus de vus avant ou au cours du programme:

«il y a eu des perdus de vue entre le médecin qui prescrit, qui va en parler au patient, lui donner les documents et le patient qui va appeler ou pas le réseau, et après on a une perte entre celui qui a appelé et qui a fait l'évaluation et qui n'est pas venu par la suite. Ou alors y en a qui ont appelé et qui ne sont jamais venus à l'évaluation.» (EAPA04),

«On est bien à 1/3 de perte. Sans compter les gens qui nous ont dit qu'ils arrêtaient mais temporairement, qui comptent reprendre. C'est énorme.» (EAPA07),

«on les perd, et on les perd à la sortie du parcours passerelle, donc c'est dommage, on a tout raté.» (EAPA08),

«C'est soit un problème d'organisation. Soit en terme de temps, c'est à dire ça leur prend trop de temps dans leur semaine, soit si c'est des gens qui sont pas véhiculés ou des choses comme ça, ils

ont des problèmes de déplacement et du coup c'est compliqué. Ça c'est la première raison. La deuxième raison c'est un problème de santé.» (EAPA07).

3.4.4 Dans la communication

L'ensemble des groupes reconnaît qu'un manque de communication à propos du sport sur ordonnance est évident:

«de la communication, c'est ce qu'il nous manque.» (EAPA01),

«à mon sens il n'y a pas assez de communication.» (MG05),

«c'est vrai qu'il n'y a pas beaucoup d'échange ...» (MG07),

«on a un vrai souci de communication» (EAPA07),

«Pas assez de communication.» (EAPA08).

3.4.4.1 Dans l'information générale

3.4.4.1.1 Manque d'information des patients

Selon les participants, les patients ne sont pas assez au fait de l'existence du sport sur ordonnance:

«c'est complètement méconnu je pense des médecins... et des patients.» (MG02),

«C'est bien beau pour nous médecins de prescrire un truc mais si les gens ça ne leur parle pas...» (MG03),

«Peu de monde sait qu'il y a des professions d'activité physique adaptée. Dans la population générale en tout cas.» (EAPA04),

«Les gens ils ne savent pas.» (EAPA06),

«Oui, des patients aussi.» (EAPA07).

3.4.4.1.2 Manque de connaissance du métier d'enseignant en activité physique adaptée

Le métier d'enseignant en activité physique adaptée reste perçu comme méconnu de la population générale et des médecins:

«il y a déjà un problème que l'on peut pointer... à ce moment là de la réflexion, c'est que... nous les EAPA... au niveau de ... de l'identité, de qui on est, de ce qu'on fait...» (EAPA01),
«on sait pas ce que vous faites» (MG03),
«Bah déjà on n'a pas d'identité...» (EAPA02),
«Un des freins, je pense, c'est de ne pas savoir ce que vous pouvez proposer d'autre, enfin votre compétence propre.» (MG04),
«On est une profession qui n'est pas connue.» (EAPA05),
«un manque de connaissance de « qu'est-ce que fait l'enseignant APA? »» (EAPA07).

3.4.4.1.3 Peur du mot «sport»

Il semble que le fait de prononcer le mot «sport» soit une limitation à l'adhésion des patients:

«dans la représentation des gens surtout sédentaires et inactifs, le mot sport, il fait peur.» (EAPA01),
«le sport sur ordonnance, ça fait peur... moi je ne parle jamais de sport, je parle d'activité physique.» (MG05),
«On leur dit sport, bah eux ils repensent quand ils étaient au collège, lycée et qu'ils aimaient pas ça.» (EAPA06),
«Mais un des freins pour les patients est, je pense, de prononcer le mot «sport»...» (EAPA04),
«les médecins quand on leur parle d'activité physique c'est «Oula pas de sport»...» (EAPA07),
«Quand on pense sport, on ne pense pas plaisir de pratiquer.» (EAPA08).

3.4.4.2 Dans la communication locale

3.4.4.2.1 Manque de connaissance entre acteurs locaux

Il a été évoqué par les groupes que les médecins généralistes n'ont pas assez connaissance des interlocuteurs vers lesquels se tourner:

«En fait le problème c'est qu'on ne sait pas à qui adresser...» (MG01),
«c'est comme n'importe quelle profession, je veux dire si on ne connaît pas qui est l'interlocuteur, c'est dur d'adresser.» (MG05),
«au niveau local vous avez besoin vous, parce que l'arbre décisionnel c'est bien beau mais vous avez besoin de savoir à qui il faut adresser je pense.» (EAPA07),
«faire confiance aussi, vous ne connaissez pas ceux qui font ça...» (EAPA08).

Par ailleurs, tous les participants reconnaissent que les différents acteurs (médecins et enseignants en activité physique adaptée) ne se connaissent pas, ce qui peut représenter un frein au développement local:

«On se connaît pas...» (MG03),

«Bah pour l'instant on n'a pas eu beaucoup de contact, pour être très honnêtes avec les médecins.

On se sait pas trop les attentes forcément.» (EAPA07),

« Je vais pas forcément oser appeler le médecin...» (EAPA07),

«il y a un gros manque de connaissance des acteurs» (EAPA08),

«si personne ne se rencontre, ça peut fonctionner mais ça fonctionne beaucoup moins bien.» (MG08).

3.4.4.2.2 Manque de connaissance entre intervenants du sport

Les enseignants en activité physique adaptée ont mis en lumière le fait que les différents intervenants du sport, et même les enseignants entre activité physique adaptée entre eux, ne se connaissent que très peu:

«même nous je suis sûre qu'on sait même pas qui intervient dans le coin.» (EAPA03),

«il n'y a pas du tout de lien entre les APA, déjà entre nous si on n'est pas dans un réseau défini, et encore moins avec les médecins.» (EAPA04),

«entre APA dans le projet sport sur ordonnance encore il y a un lien, mais ceux qui travaillent en dehors de ça, moi depuis que je ne suis plus là-bas, je ne sais rien quoi.» (EAPA05),

«Moi je ne savais même pas que vous existiez» (EAPA06).

3.4.4.2.3 Manque de communication sur l'organisation et la gestion du dispositif

Les participants ont évoqué au cours des focus groupes le manque de communication à propos de l'organisation du sport sur ordonnance:

«Bah l'ARS, je pense qu'elle n'a rien proposé de toute façon» (EAPA01),

«Les ARS, qui sont très promptes à communiquer avec les médecins, ont très peu voire pas du tout communiqué là-dessus...» (MG04).

Par ailleurs, il a été mis en évidence le manque de connaissance de la gestion du dispositif par le réseau ACCCES:

«Ah je savais pas que c'était par là que vous... Enfin ACCCES je connais!» (MG01),

«Mais c'est le réseau ACCCES! Mais il faut faire de la pub hein!» (MG05),
«le réseau ACCCES il n'est pas connu» (EAPA07),
«j'avais déjà entendu parler du réseau ACCCES! Mais je n'avais pas fait le lien.» (MG09).

3.4.4.2.4 Manque de retour aux médecins généralistes

Le manque de retour sur le programme aux médecins généralistes a particulièrement été pointé du doigt par ces derniers:

«On n'aura pas de retour, donc on va pas continuer...» (MG03),
«Je ne sais pas si ce bilan il est envoyé après au médecin. J'espère que c'est le cas» (EAPA01),
«si en plus on n'a pas de retour du tout, bah on ne peut pas faire écho quoi...» (MG03),
«J'ai pas eu de retour encore» (MG07).

3.4.5 Le financement

La question du financement a été abordée par les participants à l'étude. Tous les groupes ont admis que cet aspect financier est un véritable problème pour le développement du dispositif:

«c'est tout de suite un budget» (EAPA03),
«Bah le problème c'est qu'après comment on finance?» (EAPA04),
«c'est pas simple au niveau du financement. Moi c'est ce que j'en avais entendu.» (MG04),
«dans les freins pour le développement du sport sur ordonnance déjà il y a l'aspect financier qui va devenir vraiment critique.» (EAPA07),
«je pense que les aspects financiers à l'heure actuelle, prennent le pas sur le reste.» (EAPA07),
«il y a cet aspect financier qui voilà va devenir compliqué.» (EAPA07).

3.4.5.1 Un financement actuel qui n'est pas pérenne

La pérennité du financement actuel, à savoir par les ARS avec un budget annuel, a été pointée du doigt par les participants:

«C'est au bon vouloir de chacun.» (EAPA02),
«Mais financièrement ce ne sera jamais viable en fait, on y arrivera pas...» (EAPA03),
«c'est pas perenne hein!» (MG03),

«C'est des financements qui ne sont pas pérennes.» (MG04),

«C'est pas pérenne le financement par l'ARS.» (EAPA05).

3.4.5.2 Variation en fonction du niveau social

Bien qu'un maximum soit fait pour essayer de généraliser le sport sur ordonnance, il reste des inégalités d'accès en fonction du niveau social des patients:

«30 euros les 16 séances.» (EAPA01),

«ça dépendra fondamentalement du niveau social de la personne aussi c'est toujours la même chose.» (EAPA01),

« il y a souvent une part prise en charge par les mutuelles etc, et là encore c'est «combien coûte cette mutuelle là?».» (MG01),

«Donc oui c'est pas gratuit pour les personnes ...» (EAPA06).

3.4.6 Le relais à la sortie du programme

Le devenir des patients à la sortie du programme reste problématique à ce jour:

« l'après est quand même très très très difficile à gérer» (EAPA03),

«L'après... c'est là où pour le moment il y a du travail encore à faire...» (EAPA03).

3.4.6.1 Impossibilité de réintégrer le milieu «ordinaire»

Les participants, plus particulièrement les enseignants en activité physique adaptée, sont conscients que les patients relevant du sport sur ordonnance sont des patients fragiles, et qu'il leur est très difficile voire impossible de réintégrer le milieu sportif «ordinaire» par la suite:

«Quand ils nous demandent «bah moi je peux pas m'inscrire dans une assoc parce que c'est trop dur», bah ouais du coup c'est... difficile» (EAPA01),

«il faut qu'ils intègrent le milieu ordinaire, on savait très bien par expérience que... Que ça ne marchera pas!» (EAPA01),

«ces personnes là dans le milieu normal malgré tout c'est compliqué pour eux parce que ça va ou trop vite, ou pas dans les choses qu'ils peuvent faire...» (EAPA04),

«il y a des patients que l'on ne pourra jamais transposer sur le secteur classique» (EAPA07).

3.4.6.2 Manque de structure relais adaptée

Les patients concernés par le sport sur ordonnance, donc en ALD, ont besoin, pour pérenniser l'activité physique, de structures capables de les encadrer et de leur proposer des activités adaptées à leurs capacités et leurs besoins. A l'heure actuelle, il manque cruellement de ces structures:

«il n'y a rien qui correspond à leurs besoins.» (EAPA03),

«il n'y a pas beaucoup d'associations sportive qui sont capables d'accueillir en tout cas, les patients que nous on voit» (EAPA04),

«clairement à l'heure actuelle notre souci c'est le relais pour pérenniser l'activité physique...» (EAPA07).

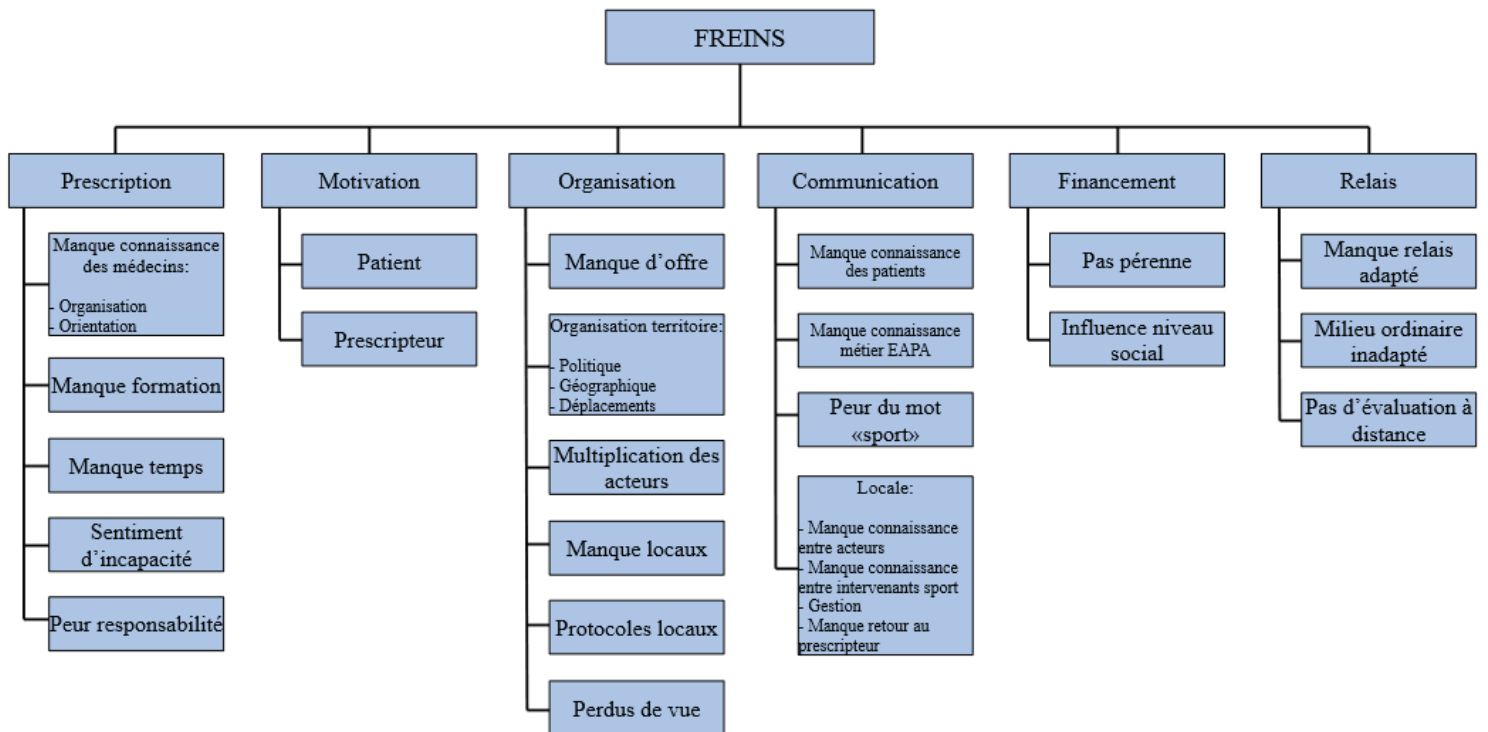
3.4.6.3 Manque de suivi et d'évaluation à distance

L'absence de suivi à plusieurs mois a également été pointée du doigt:

«Après effectivement s'il n'y a pas d'autres choses... c'est dommage, et ça tombera à l'eau je pense.» (MG04),

«Ce qui est compliqué c'est de réussir à continuer, une partie, qu'ils aient le goût et qu'ils aient une certaine dépense à ça et qu'ils aient compris qu'il y a un intérêt.» (EAPA04),

«on ne fait pas de suivi à 6 mois, on ne les appelle pas pour leur dire «est ce que vous continuez une activité physique?».» (EAPA07).



3.5 Solutions proposées pour développer le dispositif sur le territoire

3.5.1 Dans la prescription

3.5.1.1 Proposer et suivre des formations

Les groupes évoquent la nécessité pour les médecins de suivre des formations pour être plus à l'aise dans la prescription:

«faut qu'on fasse cette formation!» (MG03),
«ça serait bien parce que c'est notre quotidien quand même.» (MG02),
«si tout le monde était au courant qu'il y a quelque chose qui est possible, qu'il y a certaines formations, certaines personnes qui peuvent le faire» (EAPA04),
«la formation des médecins» (EAPA08).

Plusieurs participants ont évoqué l'intérêt de sensibiliser les étudiants en médecine à l'activité physique adaptée, avant ou pendant l'internat:

«les études, c'est bien de parler du principe global de l'activité physique adaptée» (MG01),
«en parler avant.» (MG02),
«intégrer à ce moment là euuuh...«Qu'est ce que c'est qu'un APA, qu'est ce qu'il fait»» (EAPA01),
«avec les SASPAS, les stages prat.» (MG01).

Par ailleurs les participants voient d'un bon œil l'idée d'intégrer l'activité physique adaptée dans la formation continue des médecins installés:

«une FMC locale, de 48 heures» (MG03),
«La FMC de l'hôpital.» (MG07),
«il y a tout un réseau de FMC, de formation continue où il y a des médecins généralistes qui se déplacent donc ça peut-être l'occasion.» (MG08).

Enfin un participant a évoqué les nouvelles recommandations de l'HAS, qui pourraient à l'avenir servir de support pour les médecins généralistes:

«l'HAS a sorti son guide de prescription d'activités physiques et je me demande, mais c'est trop récent, si les médecins vont s'en saisir» (EAPA07).

3.5.1.2 Dans les modalités de prescription

Un participant a jugé intéressante la possibilité pour les médecins généralistes d'avoir un espace sur l'ordonnance pour ajouter des commentaires libres:

«on joint un mini courrier de 3 lignes en disant juste heuuuu... Un peu le profil du patient, c'est surtout ça, que vous sachiez qui on envoie» (MG08),
«que ce soit intégré pour vous mettre un petit commentaire, juste un petit espace commentaire, ou alors qu'on intègre un courrier.» (MG08).

3.5.2 Dans la communication

C'est le principal frein sur lequel les acteurs du sport sur ordonnance pensent qu'ils peuvent agir.

«Dans tous les cas les moyens c'est ça c'est de la communication» (EAPA01),
«Faut faire de l'info. C'est super intéressant!» (MG05),
«Il faut qu'on travaille notre communication» (EAPA07),
«je pense que c'est le seul biais sur lequel on peut jouer.» (EAPA08).

3.5.2.1auprès des patients

Il a été mentionné l'importance de faire prendre connaissance du dispositif aux patients:

«C'est important de les motiver» (MG02),
«Y a pas que les médecins qui doivent être informés, il y a aussi les patients...» (MG03),
«Il faudrait qu'il y ait de l'information qui arrive de façon générale, que ce soit les patients, les médecins» (EAPA04).

3.5.2.2 Communication générale

Les groupes suggèrent d'installer des affiches, notamment dans les salles d'attente de médecins généralistes:

«Régulièrement on reçoit des affiches à mettre dans nos salles d'attente, «zéro alcool pendant la grossesse» bon bah...» (MG01),
«afficher ce genre de trucs dans les salles d'attente.» (EAPA04),
«Dans les salles d'attente il y a plein d'infos qui passent.» (MG05).

Par ailleurs, les participants ont soulevé le fait que des campagnes d'information tout public seraient très utiles au développement du dispositif:

«il y a des campagnes nationales d'information, donc pourquoi pas là dessus aussi?» (MG01),
«Faut que ce soit organisé au niveau national» (EAPA01),
«c'est vrai que dans les pubs qu'il y a en ce moment sur les problèmes de dos, bouger pour les pathologies du dos, ça fait rentrer au niveau... Il faudrait peut-être ce genre de trucs aussi pour que les gens aient la connaissance et peut être aillent voir le médecin» (EAPA06).

3.5.2.3 Localement, entre professionnels

3.5.2.3.1 Meilleure information des médecins

Pour que le dispositif puisse se développer, il faut améliorer l'information des médecins généralistes locaux qui sont en première ligne pour inclure les patients:

«il faut qu'on soit... mieux informés je pense.» (MG02),
«Tout passe par l'information, et la connaissance du sujet.» (MG01),
«sur le territoire savoir qui fait quoi.» (EAP04),
«il faudrait informer un peu plus les médecins.» (EAPA09),
«peut-être qu'en étant plus informés les médecins vont du coup plus eux proposer.» (EAPA07),
«Informer déjà. De toute façon c'est la base.» (MG07).

3.5.2.3.2 Importance de la rencontre

Il ressort des focus groupes que le meilleur moyen de développer les dispositif est que les différentes professions concernées se rencontrent:

«Je pense que se rencontrer c'est le meilleur moyen.» (MG02),
«En plus grand groupes.» (MG01),
«c'est important de voir un peu les gens.» (MG05),
«C'est sûr que voir les gens, ça change les choses.» (EAPA04),
«il faut se voir.» (MG04),
«dans un monde idéal, les médecins sauraient qui on est, c'est à dire individuellement» (EAPA07),
«de voir, rencontrer un peu des gens, de voir des visages, voir, donner des numéros, des choses comme ça.» (MG08).

Le meilleur moyen de se rencontrer, selon les participants, reste d'organiser des réunions d'information, avec une potentielle présentation du métier d'enseignant en activité physique adaptée:

«La réunion d'information c'est le plus évident» (MG01),

«Ouais justement faudrait qu'on voit!» (MG04),

«on pourra proposer, dans leur réseau, que nous il y en ait un qui vienne présenter ce qu'on fait.» (EAPA04),

«déjà ils peuvent faire des réunions, c'est bien.» (MG05),

«Même juste une soirée de présentation ça change tout, parce qu'une fois qu'on a vu les visages on n'hésite pas à appeler et le réseau il fonctionne.» (MG08).

Un autre moyen évoqué, même si plus compliqué à réaliser, est le déplacement des enseignants en activité physique adaptée au cabinet pour se présenter, à la manière des visiteurs médicaux:

«aller voir les médecins traitants de ville» (MG03),

«on pourrait tous aller au cabinet» (EAPA04).

Cependant il ressort également des groupes que réunir du monde peut être compliqué:

«on a bien vu que réunir des gens c'est quand même pas simple.» (EAPA03),

«c'est pas simple, mais c'est le moyen le plus efficace.» (MG01).

3.5.2.3.3 Voies à utiliser

Les participants ont été amenés à réfléchir sur les structures pouvant être utilisées pour transmettre l'information:

«Doit y avoir une structure qui soit capable de diffuser euuuh... l'information, nous nous faire connaître...» (EAPA03).

3.5.2.3.3.1 Utiliser les organisations en place

Plusieurs structures médicales en place pourraient diffuser les informations nécessaires aux médecins généralistes:

«il y a les sociétés savantes, l'ordre des médecins» (MG03),

«L'Ordre.» (MG04),

«il y a ce qu'on appelle les CLICS, des réseaux d'information, qui ont un rôle très puissant» (MG03)

«l'URPS aussi. Pour les libéraux.» (MG04).

Par ailleurs, la société française des professionnelles en activité physique adaptée pourrait également communiquer à ce sujet auprès des différents acteurs:

«On a la société française des professionnels d'activité physique adaptée, qui a un site internet.» (EAPA01),

«les médecins peuvent contacter la SFPAPA pour avoir des coordonnées» (EAPA01).

3.5.2.3.3.2 Réseaux

Les participants insistent également sur le fait de s'appuyer sur les réseaux déjà en place, ou de créer de nouveaux réseaux, afin de communiquer:

«faut s'appuyer sur ce qui existe, hein, sur les réseaux qui existent... On parlait du diabète, de l'obésité, il y a des réseaux qui existent, en gériatrie il y a des réseaux aussi...» (MG03),

«il faut développer des réseaux de proximité» (MG05),

«avoir un réseau une structure» (MG06),

«le but c'est de créer du réseau, faut que ça fonctionne en réseau.» (MG08).

Par ailleurs, le réseau ACCCES est identifié comme un réseau qui pourrait être encore plus porteur du sport sur ordonnance:

«il faut contacter le réseau ACCCES.» (EAPA05),

«le réseau ACCCES» (EAPA07).

3.5.2.3.3 Un rôle à jouer de l'ARS

Plusieurs groupes soulignent l'importance de l'ARS dans ce dispositif. Cette dernière devrait pouvoir jouer un rôle plus important dans la communication et l'information des acteurs:

«à mon avis les interlocuteurs privilégiés c'est l'ARS» (EAPA01),

«que l'ARS fasse le relais aux différents professionnels de santé du coin...» (MG01),

«La communication par les APA c'est une chose, mais en fait si c'est par la voie officielle et qu'il y a un truc par l'ARS qui dit «prescription remboursée»» (MG06).

3.5.2.3.4 Supports à utiliser

3.5.2.3.4.1 E-mail

Avec la progression technologique actuelle, l'e-mail semble être le moyen privilégié pour communiquer:

«Rajouter un e-mail c'est parti c'est crypté et on reçoit dans notre truc...» (MG03),

«ça pourra être relayé aussi euuuuh... Fin ils ont une mailing quand même...» (EAPA03),

«avoir de l'information pratique, ou en même temps, par mail» (MG06),

«ce serait pertinent que dans SISRA on mette un courrier» (EAPA07),

«Je pense qu'un mail, ne serait-ce qu'un mail, ce ne serait pas si mal...» (MG07),

«je pense que c'est plus simple par mail à l'heure actuelle» (MG08).

3.5.2.3.4.2 Supports d'information papier

Certains participants notent aussi le bénéfice potentiel de supports papier, notamment pour faire connaître le dispositif:

«sur une plaquette...» (MG03),

«le formulaire, le livret d'information c'est bien ça!» (MG05),

«faire des flyers, pour que ce soit aussi un peu plus parlant.» (EAPA04),

«un flyer qui dit qu'il y a un site internet.» (MG05).

3.5.2.3.4.3 Création d'un répertoire

La création d'un répertoire des professionnels de l'activité physique adaptée semble nécessaire au développement local du sport sur ordonnance:

«avoir déjà un truc au moins régional où des gens sont identifiés» (EAPA04),
«Un répertoire oui» (MG05),
«la possibilité de répertoire» (EAPA05),
«le listing des clubs sport santé.» (EAPA08).

Le support privilégié pour ce répertoire semble être le site internet:

«Un site internet.» (MG05),
«Je pense qu'Internet c'est plus facile.» (EAPA04).

3.5.2.3.5 Importance du retour au médecin généraliste

Le retour au médecin prescripteur, et particulièrement au médecin généraliste, est vu comme fondamental pour augmenter le nombre de patients inclus dans le dispositif:

«avoir des retours...» (MG03),
«vous attendez un retour» (EAPA01),
«un petit mot, pour montrer qu'il y a des échanges et tout ça, les gens ils aiment bien aussi» (MG05),
«le compte rendu je pense que c'est vraiment le plus important.» (MG07).

Ce retour devrait, selon les participants, s'axer plus sur la motivation et l'adhésion du patient que sur sa progression:

«il y a aussi la motivation du patient, est ce que les objectifs sont atteints.» (EAPA01),
«quand même, un bilan initial, qu'on reçoit, parce que si on revoit le patient derrière» (MG05),
«on pourrait vous dire «bah voilà l'adhésion du patient a été excellente, mais par contre il hésite sur quelle activité s'engager»» (EAPA07),
«une petite phrase sur un peu son adhésion, comment il s'est fondu dans le groupe» (MG08).

Il est également proposé par les participants d'informer le médecin sur l'orientation du patient à la sortie du programme:

«vers qui on l'oriente après.» (EAPA03),

«les quelques pistes vers où l'orienter» (MG02),

«c'est peut être plus un retour sur «le patient a décidé de s'inscrire dans telle activité physique à long terme»» (EAPA07).

3.5.2.3.6 Évaluations à long terme

Pour convaincre les médecins de prescrire, il serait intéressant de réaliser des évaluations à long terme pour mettre en lumière les bénéfices auprès des patients inclus dans le programme:

«il faut les évaluations... A terme quoi... A 6 mois.» (EAPA01),

«faudrait qu'il y ait des études à plus long terme après...» (MG01),

«tout le développement, d'avoir des études, des trucs carrés, sérieux» (MG06),

«Je pense qu'une étude, une thèse, qui puisse appuyer aussi sur les effets bénéfiques de la cohorte qu'on a actuellement, pas que sur Annecy, bien sûr, mais sur tout le reste des lieux, ça peut être un plus pour convaincre les médecins du bénéfice.» (EAPA07).

3.5.3 Dans l'organisation

3.5.3.1 Pouvoir bénéficier de plus de locaux

L'accès aux infrastructures sportives étant un problème soulevé, pouvoir bénéficier de créneaux supplémentaires permettrait de développer le dispositif:

«que les mairies, que les privés, veuillent bien nous donner accès à leurs locaux, nous les prêter quoi» (EAPA03),

«Et les collectivités peuvent peut être prêter des locaux aussi...» (EAPA05).

3.5.3.2 Une organisation générale huilée

Un des moyens d'améliorer l'organisation du dispositif évoqués par les participants est la mise en place d'un système national, reproductible partout:

«une structure qui se répète» (MG01),

«Il faut que tout le monde fasse la même chose peut être en terme de durée, peut être en terme d'évaluation» (EAPA01),

«D'où l'intérêt d'avoir une évaluation commune, d'avoir des choses reproductibles» (MG03),

« le mieux ce serait qu'il y ait un truc à échelle plus globale» (EAPA04).

3.5.3.3 Liberté locale dans le déroulement des séances

A l'inverse, si l'organisation doit se faire de manière plus globale selon nos participants, une certaine liberté doit pouvoir être laissée aux intervenants, afin d'adapter aux patients intégrés:

«Il faut de toute façon laisser des marges de manœuvres, et il faut le structurer.» (EAPA01),

«Moi je pense franchement qu'il faut de la liberté, il faut s'adapter à l'endroit où l'on est et à la population qu'on a» (EAPA03),

«Je trouve qu'il faut que ça se fasse quand même au niveau local parce que c'est compliqué, si vous faites quelque chose de trop départemental vu avec les problèmes du département, les distances et tout ...» (MG08).

3.5.4 Dans le financement

Étant une limitation importante du développement du sport sur ordonnance, la question du financement a particulièrement occupé les participants, qui proposent quelques solutions pour essayer de lever ce frein:

«il faudrait trouver des aides autres que l'ARS» (EAPA04),

«l'appel à projet de la plateforme c'était «rechercher des financements privés annexes pour soutenir l'activité de la plateforme».» (EAPA07).

3.5.4.1 Via l'Assurance Maladie

La solution la plus pérenne semblerait être, selon les participants, une prise en charge codifiée par l'Assurance Maladie:

«que ce soit pris en charge par la sécu» (EAPA04),

«Pour que ça passe de façon pérenne il faut que ça passe par la CPAM» (MG04),

«il faut que ce soit aussi cadré par la sécurité sociale» (MG08).

3.5.4.2 Via les mutuelles

Une deuxième solution financière est possible: la prise en charge par les mutuelles:

*«Y a certaines mutuelles aussi qui étaient partantes pour rembourser» (EAPA03),
«Si déjà la mutuelle elle s'engage à rembourser» (EAPA01),
« aller voir des organismes comme les mutuelles, comme différents trucs pour potentiellement avoir un peu d'argent» (EAPA04).*

3.5.4.3 Via les collectivités territoriales

Deux participants ont évoqué une participation financière des collectivités territoriales:

*«faut quand même que les communes soiiiiient... accompagnantes là dedans, sur le projet.» (MG01),
«les collectivités territoriales elles sont... partantes pour financer ce genre de choses ouuuuuuu...? Enfin les mairies, les communautés de communes...» (MG04).*

3.5.5 Dans le relais à la suite du programme

3.5.5.1 Les clubs cœur et santé

Les clubs cœur et santé représentent une solution possible à la sortie du dispositif, puisqu'encadrés par des enseignants en activité physique adaptée:

*«on a cœur et santé... Qui est un club qui a été monté qui est intéressant...» (EAPA03),
«il y a des clubs cœur et santé où ça permet de s'adapter» (EAPA06),
« les clubs cœur et santé effectivement, ça pourrait être un relais.» (EAPA07).*

3.5.5.2 Associations sport-santé

Même si le domaine du sport santé est vaste, certaines associations labellisées sport-santé pourraient accueillir les patients sortant du sport sur ordonnance:

«certains clubs ou associations étaient... labellisés sport santé» (EAPA03),

«développer avec les clubs des sections sport santé pour poursuivre l'activité physique au long cours» (EAPA07),

«sur Annecy on a la chance que la Salaisienne ait 2 enseignantes APA qui font de l'activité physique adaptée au long cours» (EAPA07).

3.5.5.3 Refaire un cycle de sport sur ordonnance

Bien que ce ne soit pas le but premier du dispositif sport sur ordonnance, qui a été conçu pour réinsérer les patients dans le circuit de l'activité physique, plusieurs participants voient d'un bon œil l'idée de faire plusieurs cycles dans le dispositif sport sur ordonnance:

«Si ils sont motivés, et qu'il y a toujours la même problématique, ça peut être intéressant de les reprendre, et de retravailler ça aussi...» (MG03),

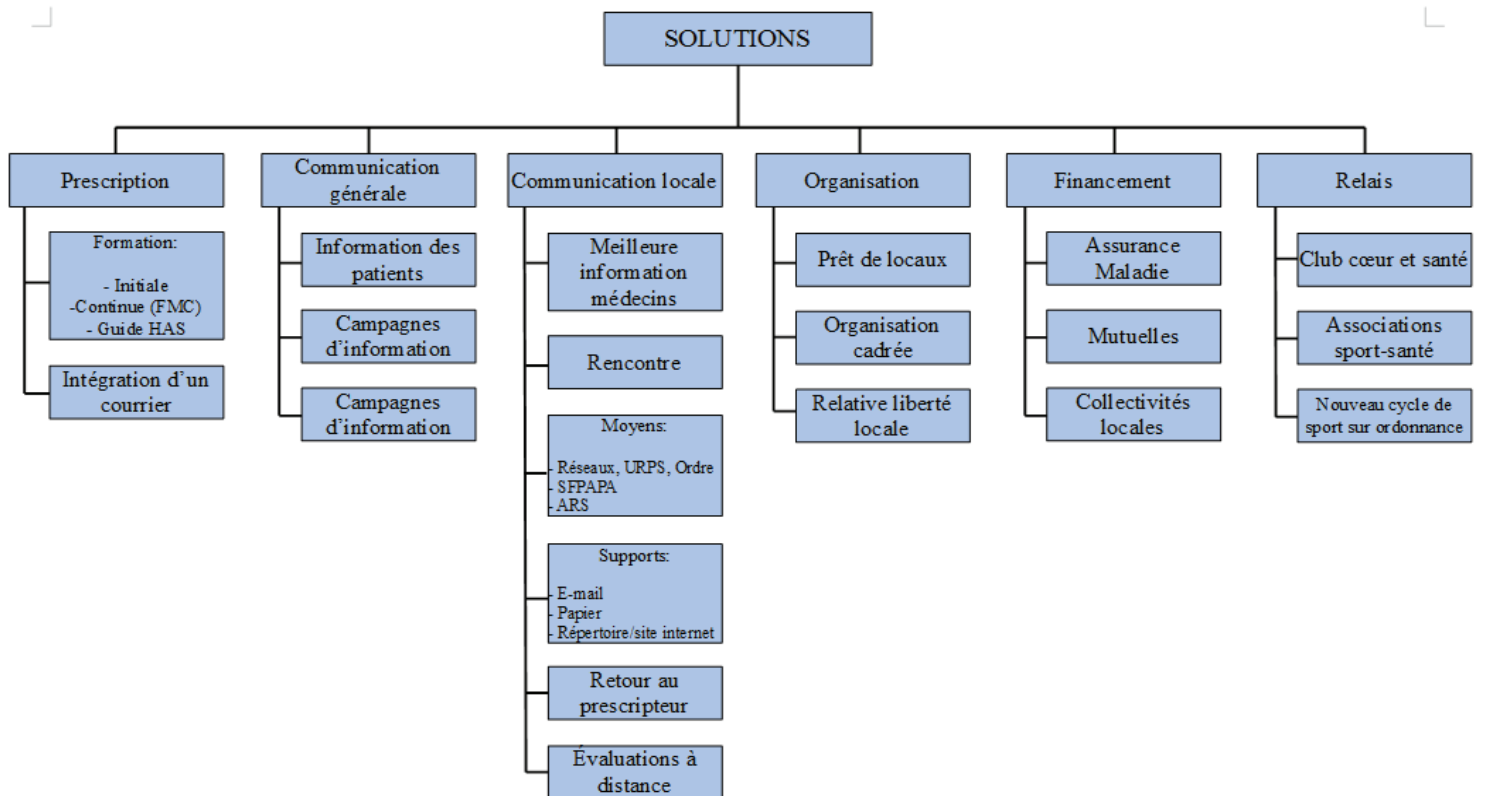
«peut être que nous on arrive à se dégager, sur notre temps de travail, des heures... pour faire la suite.» (EAPA04),

«Mais la continuité, est-ce que c'est obligatoire? Ou est-ce qu'on pourrait imaginer des interventions ponctuelles de 20 séances, et puis après on voit ce qu'on peut en faire en médecine générale...» (MG08).

3.5.6 Certains freins ne sont pas du ressort des acteurs locaux

Un participant mentionne également le fait que même si tous les acteurs sur le terrain sont motivés, certains freins ne sont pas de leur ressort et peuvent perdurer:

«l'aspect financier, l'aspect environnemental, l'aspect politique ce n'est pas de notre ressort.» (EAPA08).



4 DISCUSSION

4.1 Discussion des résultats et comparaison avec la littérature

4.1.1 Une vision positive de l'activité physique adaptée

Chaque profession impliquée dans le sport sur ordonnance souligne l'importance du rôle de l'autre dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient: les médecins traitants pour le dépistage et l'orientation des patients, les enseignants APA pour l'encadrement des séances et le conseil personnalisé au patient. Cependant notre étude montre que la relation est encore fragile, notamment au niveau des échanges. Si le ressenti des enseignants APA n'avait pas été étudié jusqu'ici, plusieurs études avaient montré un réel intérêt des médecins généralistes pour l'activité physique et le travail des enseignants APA (88)(91)(97).

L'importance d'un suivi commun enseignant APA et médecin généraliste est une piste intéressante qui ressort de notre étude. Cependant ce suivi n'étant pas encore mis en place, il semble nécessaire de recruter un nombre plus important de patients dans le dispositif, en poursuivant l'information des médecins généralistes.

Tous les participants notaient les nombreux bénéfices à l'activité physique: physique, psychologiques ou sociaux, tous prouvés à de nombreuses reprises par la littérature (20). Ces bénéfices entraînent, au total, une meilleure qualité de vie chez les patients pratiquant l'activité physique.

Si les médecins généralistes admettaient avoir plutôt tendance à préconiser des activités douces (97), la discussion entre tous les professionnels a permis de mettre en évidence que ces croyances ne sont pas forcément les plus utiles pour le patient, et peuvent entraîner une perte d'adhésion et de motivation de ce dernier. Notre étude met en évidence que le plaisir, peu importe le type de l'activité, semble le plus important, pourvu que l'activité soit adaptée aux capacités du patient.

La pratique en groupe, pour nos participants, est un vecteur de motivation des patients. Dans ce contexte, le programme sport sur ordonnance présente un réel intérêt dans cette démarche d'amélioration de la qualité de vie.

4.1.2 Manque de formation des prescripteurs

Si nos participants évoquaient le manque de formation des médecins, il existe maintenant plusieurs outils d'aide à la prescription: l'un des premiers fut le «Médico-sport santé», lancé par le comité national olympique et sportif, véritable dictionnaire des différentes activités physiques et sportives, dont la dernière version date d'Avril 2017 (98). L'Institut régional du bien-être et de la médecine et du sport santé (IRBMS) des Hauts de

France, très dynamique sur le plan du sport-santé, a lancé un outil d'aide à la prescription, appelé Numéri'éval, et conçu à partir d'une plateforme numérique. Cet outil permet d'orienter le patient vers une activité adaptée en fonction de son profil morphologique, de ses antécédents, de son niveau d'activité physique, et de la possession d'une licence sportive (99).

En septembre 2018, la HAS a lancé son guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive (7). Si ce guide est très complet pour guider les médecins dans la démarche d'accompagnement vers une activité physique, il semble assez fastidieux à étudier pour les professionnels. Comme évoqué par un participant lors des entretiens, il est possible qu'une grande partie des médecins ne puisse, faute de temps, lire l'intégralité du guide.

Dans la région Rhône-Alpes, plusieurs plateformes départementales (notamment dans l'Ain et la Savoie) donnent des informations aux médecins pour orienter leur patients vers un professionnel adapté (100)(101).

Par ailleurs, plusieurs formations ont été récemment mises à disposition des médecins. La plupart se proposent dans le cadre de FMC, principalement locales, ou dans des congrès nationaux. L'IRMBS des Hauts de France a cependant lancé un MOOC (Massive Open Online Course) appelé «Prescrire le sport santé sur ordonnance», gratuit et accessible pour tous les professionnels de santé intéressés. (91)(102).

D'autres MOOC sont proposés par différentes organisations. La société française de médecine de l'exercice et du sport propose également des vidéos d'information en ligne concernant la prescription d'activité physique (103).

Si de plus en plus de formations et de guides sont proposées, il se pose tout de même la question de leur diffusion auprès des médecins Haut-Savoyards, puisqu'un seul participant a mentionné le guide de prescription de la HAS, et qu'aucun n'avait connaissance de l'existence de formations en ligne ou en FMC malgré leur besoin exprimé de suivre une formation.

Concernant le guide HAS, les focus groupes s'étant déroulés juste après sa sortie, il est possible que les participants, et notamment les médecins généralistes, en aient pris connaissance a posteriori.

4.1.3 Importance de la motivation du patient et du prescripteur

Les participants ayant évoqué un manque de formation des médecins, ces derniers ne se sentent pas capables de prescrire une activité physique. On note une certaine ambivalence entre l'envie de promouvoir l'activité physique et l'impression d'incapacité à la prescrire. Certaines études ont montré que les médecins estimaient que la prescription d'activité physique n'était pas leur rôle (88). D'autres études, et notamment une revue systématique Cochrane, concluent que les médecins ne sont pas assez formés aux thérapeutiques non

médicamenteuses pour s'investir (104) (105). Ces études évoquent également qu'en étant mieux formés aux thérapeutiques non médicamenteuses, les professionnels de santé pourraient remporter plus facilement l'adhésion des patients à de telles thérapeutiques.

Le manque de temps en consultation est un frein identifié à la prescription d'activité physique (92). Notre étude fait également ressortir ce besoin de trouver du temps pour réaliser la prescription, chez des médecins généralistes déjà débordés.

Par ailleurs, notre étude montre que les participants notent l'importance de la motivation des patients dans le développement du dispositif, et que certains peuvent être réfractaires, ou penser qu'ils font suffisamment d'activité physique. Ces éléments sont retrouvés dans plusieurs études (88).

4.1.4 Une offre de soins encore imprécise

Si de nombreuses professions interviennent dans le sport-santé, ce qui peut «perdre» les prescripteurs, le sport sur ordonnance fait intervenir uniquement des enseignants en activité physique adaptée, qui sont légalement, avec les kinésithérapeutes, les seuls professionnels à pouvoir intervenir auprès de personnes en ALD (82). Les différentes possibilités de prise en charge et l'orientation vers un professionnel adapté sont précisées depuis Septembre 2018 dans le guide de prescription de la HAS (7).

Cependant, le nombre d'enseignants APA disponibles pour le sport sur ordonnance, dispositif libéral, reste encore faible et leur corps de métier méconnu des médecins et des patients. Il semble important, comme déclaré lors des deuxièmes assises du sport santé des 12 et 13 Octobre 2017, de mutualiser l'offre, de la développer et de la rendre accessible (106).

4.1.5 Importance de la communication locale

Ce point est un des plus importants notés par les participants de notre étude, car il est possible d'agir directement dessus pour les acteurs locaux sur le terrain. Si la littérature met en évidence que les médecins généralistes ont facilement tendance à promouvoir l'activité physique auprès de leurs patients (88) (97), il s'agit le plus souvent d'une intervention brève ou d'un conseil. Il semble que les médecins ne sont pas encore assez au fait de l'existence de tels dispositifs. Plusieurs thèses ont déjà mis en évidence la demande des médecins d'être mieux informés à ce sujet (91), que l'on retrouve dans notre étude. Nous pouvons donc dire que les médecins et les enseignants en activité physique adaptée sont d'accord sur cette problématique.

Le fait de réaliser notre étude en focus groupes a également permis aux participants de constater la méconnaissance des acteurs du dispositif entre eux, ainsi que l'importance de la rencontre inter-professionnelle. En effet, la réunion d'information a été le moyen de communication le plus mentionné par les participants. Si son efficacité théorique semble effectivement optimale, elle présente cependant quelques limites logistiques (déplacement des participants, chronophage). Il paraît intéressant d'utiliser plusieurs voies de communications, en ajoutant à ces réunions d'information des courriels ou des supports papier.

Le référencement des acteurs du sport, avec un répertoire, a été également évoqué. Il semble évident que bénéficier d'adresses serait une plus-value pour les médecins afin d'orienter correctement leurs patients (91). D'autres études qualitatives vont dans ce sens, mettant en évidence la coopération avec les structures d'accueil, associations locales, publiques ou privées comme facteurs facilitant la promotion d'activité physique en médecine générale (107).

Il a également été mis en évidence l'importance d'une communication à travers le dispositif, avec un retour systématique adressé au médecin généraliste. Cette notion était mentionnée dans certaines thèses interrogeant les médecins généralistes, et ce avant la mise en vigueur du décret (88)(97).

Enfin il semble nécessaire de faire connaître le dispositif aux patients, puisque très peu d'entre eux font la démarche de demander des informations ou une inclusion dans le dispositif à leur médecin. Nos participants ont évoqué l'importance de l'information du grand public, à échelle régionale ou nationale.

4.1.6 Une organisation pérenne du dispositif départemental à trouver

Si actuellement, sur le territoire Haut-Savoyard, chaque secteur organise le dispositif comme il le souhaite, les participants ont évoqué l'éventualité et les avantages d'une organisation régionale centralisée, avec une uniformisation des évaluations. Cependant, ils ont émis des réserves concernant un protocole uniformisé et pensent qu'une certaine liberté doit être laissée dans le déroulement des séances, ce qui permettrait de mieux adapter l'activité aux patients inclus.

Il semble également important d'instaurer un suivi de qualité (91), afin de limiter le nombre de perdus de vue, qui reste important à l'heure actuelle (environ un tiers).

4.1.7 Un financement pérenne à trouver

Dans notre étude, il semble que le financement sur le territoire Haut-Savoyard reste un problème. Les participants ont évoqué le manque de pérennité de ce mode de financement via l'ARS. Ce problème avait déjà été pointé du doigt dans la littérature, la HAS indiquant qu'il serait nuisible à la généralisation de cette thérapeutique non médicamenteuse (107). Le programme strasbourgeois en est la preuve. Gratuit la première

année, il coûte environ 400€ par patient à partir de la seconde, financé en majorité par la ville, l'assurance maladie, la DRJSCS et de l'ARS locale (106). On comprend aisément que sans dispositif législatif cadrant, il ne sera pas simple d'étendre ce type de financement au niveau national.

Si les participants de notre étude voient d'un bon œil un financement par l'assurance maladie, il convient de noter que le décret de décembre 2016 aborde la non participation de cette dernière dans le « sport santé sur ordonnance » (83). Par ailleurs, plusieurs études ont mis en évidence que selon les médecins, un remboursement, au moins partiel, est une condition indispensable à la viabilité du projet sport sur ordonnance (88)(91).

D'autres modes de financement ont été évoqués par nos participants: en premier lieu les mutuelles, dont certaines proposent déjà une prise en charge pour leurs adhérents. Plusieurs études retrouvées dans la littérature mentionnent ce mode de financement (91)(97). Cependant, une mutuelle reste un organisme privé et n'est pas accessible financièrement à tout le monde. Les collectivités locales pourraient éventuellement participer au financement du dispositif, mais de plus en plus de secteurs demandent une aide financière à ces collectivités et se pose la question de la hauteur possible de cette participation financière.

Enfin la participation financière du patient divise. En effet, certaines études ont montré que les patients n'étaient pas forcément disposés à payer eux-mêmes une partie des séances. Ceci peut en partie s'expliquer par le niveau socio-économique de certains patients, qui limite potentiellement leur participation financière. Ceci peut donc représenter un frein à l'adhésion du patient et potentiellement augmenter le nombre de perdus de vue, évoqués dans notre étude. Dans la littérature, la contrainte économique fait partie des freins à la pratique d'activité physique selon le patient (109)(110).

D'autres études mettent en garde à propos de la prise en charge intégrale, pouvant à l'inverse entraîner une sur-prescription et un manque d'assiduité du patient (88). Actuellement, en Haute-Savoie, la participation financière est de 30 euros à la charge du patient pour l'ensemble des séances, mais en cas d'impossibilité de participation de la part du patient, ce dernier est tout de même inclus, ce qui entraîne un travail à perte.

4.1.8 Importance d'un relais fiable à la sortie du programme pour pérenniser l'activité

Le dernier point relevé dans notre étude est spécifique à la Haute-Savoie. Contrairement au dispositif Strasbourgeois, qui inclut les patients pour une durée de 3 ans (106), le dispositif Haut-Savoyard ne permet d'inclure chaque patient que pour une durée de 16 semaines, sans possibilité de nouveau cycle après. Un problème se pose donc à la fin des 16 semaines, chez des patients trop fragiles pour rejoindre le milieu sportif «ordinaire». Si quelques structures et clubs labellisés sport-santé commencent à voir le jour, il reste très compliqué de trouver un relais fiable pour pérenniser l'activité physique.

4.2 Forces et faiblesses de l'étude

4.2.1 Limites

4.2.1.1 Biais de sélection

Un biais de sélection est difficilement évitable dans le contexte de travail qualitatif, puisque la participation étant basée sur le volontariat, avec une première sollicitation par e-mail, l'ensemble des participants étaient intéressés par la question.

Le fait que certains participants aient été en contact avec l'investigateur avant leur participation à l'étude a également pu créer un biais de sélection.

4.2.1.2 Biais d'interprétation

Bien que d'importants efforts aient été réalisés pour limiter ce biais, le fait que l'investigateur du travail anime les groupes, que le directeur du travail en soit l'observateur peut entraîner un biais d'interprétation, par leur vécu et leur propre point de vue médical.

Par ailleurs, l'analyse des données qualitative reste subjective et dépend de l'investigateur. Cependant, la triangulation des données a pour but de limiter ce biais.

Il convient de noter que, de par sa nature, les résultats de ce travail ne sont pas généralisables à l'ensemble des acteurs impliqués.

Enfin, se pose naturellement la question de la reproductibilité du travail, puisque comme tout travail qualitatif, l'influence des auteurs n'est pas à négliger.

4.2.1.3 Déroulement des focus groupes

L'investigateur manquant d'expérience en recherche qualitative, son aisance dans la gestion des focus groupes a pu varier entre le premier et le dernier, et a peut-être influencé les réponses de certains participants. L'investigateur a limité dans la mesure du possible les suggestions dans les entretiens.

Par ailleurs, certains participants ont pu au cours des focus groupes rester légèrement en retrait, quand d'autres se montraient plus expressifs. La population regroupant des médecins généralistes et des enseignants en activité physique adaptée, une certaine relation «hiérarchique» peut également potentiellement s'installer. L'animateur des groupes a cependant fait le maximum pour équilibrer le nombre d'interventions et le temps de parole de chaque intervenant.

4.2.2 Forces

Le sujet est particulièrement d'actualité. En effet, depuis mars 2017 et l'entrée en vigueur du décret 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, et 18 mois après les deuxièmes assises du sport santé sur ordonnance à Strasbourg, de plus en plus de réseaux locaux de sport-santé se développent en France.

Par ailleurs, au vu des bénéfices prouvés de l'activité physique dans la littérature, ce dispositif sport sur ordonnance présente un intérêt majeur dans la santé globale des patients.

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude ayant donné la parole aux différents acteurs du dispositif sport sur ordonnance en même temps, notamment aux enseignants en activité physique adaptée. Plusieurs études ont donné la parole aux médecins généralistes, mettant en évidence certains freins à la prescription.

Ce travail étant qualitatif, il a permis de laisser libre expression aux participants pour répondre à l'objectif principal. Le choix de réaliser des focus groupes, qui permet une rencontre entre les différents professionnels impliqués dans le sport sur ordonnance, a permis de confronter directement leur regard, et a permis de mettre en évidence de nouvelles pistes qui n'auraient peut être pas été creusées à travers des entretiens individuels.

Afin d'avoir une approche plus pertinente sur le sujet, nous avons essayé de recruter un échantillon diversifié de participants en terme d'âge, de sexe et de mode d'exercice. Si les enseignants en activité physique adaptée ayant participé étaient tous jeunes, ceci peut s'expliquer par la relativement récente création de cette filière. La validité interne a pu être augmentée grâce à la saturation des données obtenue à partir de cet échantillon diversifié.

4.3 Perspectives à l'issue de l'étude

4.3.1 Importance de la formation

Notre étude montre une véritable nécessité de formation des médecins à la prescription d'activité physique. De par son rôle central dans la prise en charge du patient, le médecin généraliste occupe une place fondamentale dans le dispositif sport sur ordonnance. Il est donc nécessaire de former correctement les médecins pour optimiser le sport sur ordonnance.

Concernant les médecins actuellement installés, plusieurs formations, via des FMC présentielles ou en ligne, sont disponibles. Il serait néanmoins intéressant d'instaurer un socle commun à toutes ces formations, qui varient fortement en fonction de la région et de l'interlocuteur notamment. Par ailleurs, ces formations dans le cadre du développement professionnel continu restent soumises à la volonté du praticien, mais également à ses disponibilités en terme de temps.

L'autre aspect de la formation concerne la formation initiale. Il a été évoqué par les participants à notre étude l'idée d'une formation pour les étudiants en médecine, a minima à type de sensibilisation à la prescription d'activité physique adaptée. Il ne semble en revanche pas réaliste de détailler le parcours d'un patient inclus, tant que les dispositifs se baseront sur des initiatives locales.

La littérature retrouve les mêmes points de vue. En mars 2015, l'Assemblée Nationale vote un amendement précisant qu'«une formation à la prescription d'une activité physique adaptée est dispensée dans le cadre des études médicales et paramédicales» (111), ce qui témoigne d'une réelle volonté des pouvoirs publics de sensibiliser les jeunes professionnels de santé à cette thérapeutique.

4.3.2 Un dispositif à faire connaître

Si les initiatives locales sont de plus en plus nombreuses en France, notre étude montre qu'il reste du chemin pour faire connaître le sport sur ordonnance de tous. En effet les médecins et les patients ne sont pas encore assez au fait de l'existence d'un tel dispositif.

Pour répondre à ce manque d'information, un groupe de travail national des premières villes impliquées dans le sport santé a été créé en 2015 au cours des premières assises européennes du sport santé. Le rapport de ce groupe de travail a été publié au cours des deuxièmes assises du sport santé de Strasbourg en Octobre 2017, intitulé «Sport-santé sur ordonnance – contexte et exemples de mise en œuvre» (106). L'objectif de ce rapport était de recenser l'ensemble des dispositifs présents sur le territoire français.

Par ailleurs, l'ONAPS a publié en 2018 un état des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France, qui confirme l'intérêt grandissant des thérapeutiques non-médicamenteuses (112).

Enfin, l'INSERM a publié en Janvier 2019 son document «Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques, synthèse et recommandations» (19), qui promeut la prescription d'activité physique via le sport sur ordonnance et en évoque le gain économique potentiel, notamment dans ce contexte d'augmentation de l'incidence des maladies chroniques et de vieillissement de la population.

Si ces rapports nationaux reconnaissent volontiers les bénéfices du sport sur ordonnance sur la santé de la population, et en évoquent les potentiels bénéfices économiques, il n'existe pour le moment toujours pas de dispositif organisé sur le plan national.

4.3.3 Une communication locale à développer

Un des points importants de notre étude est que la communication locale reste à améliorer. En effet, médecins généralistes et enseignants en activité physique adaptée ne se connaissent pas assez, et dans le cadre d'un réseau de proximité il semble intéressant de pouvoir mettre en contact ces professions.

Organiser des réunions permettant la rencontre des différents professionnels de santé impliqués dans le dispositif semble être un objectif réalisable, et pourrait permettre aux acteurs de se connaître et d'instaurer une relation de confiance.

Par ailleurs la création d'un répertoire recensant les professionnels de l'activité physique adaptée, intervenant notamment dans le sport sur ordonnance a été fortement évoquée. Ce support permettrait aux médecins de gagner du temps lors de la prescription pour orienter leurs patients, mais aussi de pouvoir créer ce réseau de proximité. Si cette communication locale fonctionne, il sera possible d'envisager de reproduire le système à l'échelle nationale.

4.3.4 Création d'une consultation dédiée

Le manque de temps étant un frein à la prescription d'activité physique retrouvé dans notre étude et dans la littérature, la création d'une consultation dédiée à cette prescription, avec une cotation spécifique, pourrait représenter une solution pour pallier à cette problématique. D'après certaines études de la littérature, il semble qu'une cotation spécifique de ces consultations inciterait davantage les médecins à prescrire de l'activité physique, et valoriserait cette dernière aux yeux des patients (91).

4.3.5 Un financement à inventer

Une des problématiques les plus importantes semble rester la question du financement. Le dispositif étant soumis pour le moment au financement par l'ARS, et à la recherche de financements complémentaires par les acteurs principaux, cette situation n'est pas pérenne.

Les participants de notre étude ont noté l'importance de la mise en place d'un financement pérenne, et ont évoqué une prise en charge par la sécurité sociale ou les mutuelles. Si les assurances privées et les mutuelles, organismes à but lucratif, s'emparent actuellement du sujet et proposent de plus en plus de financements, un remboursement par l'Assurance Maladie n'est pas d'actualité.

Au cours des focus groupes, les participants ont évidemment mentionné que cette mise en place d'un financement pérenne ne dépend pas des acteurs locaux sur le terrain. Ils estiment ainsi que les pouvoirs publics sont les plus à même de lever ce frein, qui nécessiterait une attention particulière.

Les projets pilotes en France étant maintenant en place depuis plusieurs années, une réflexion au sujet de financements possibles à l'échelle nationale devrait pouvoir commencer à s'instaurer. Il semble toutefois nécessaire d'étudier les bénéfices de la prescription de l'APA sur le plan financier et de prouver concrètement aux hautes autorités l'intérêt d'un financement national. Ceci nécessite la mise en place d'un indicateur fiable afin de réaliser des études quantitatives concluantes sur une grande population. Cela entraîne également un protocole validé et uniforme sur le plan national, ce qui n'est pas le cas pour le moment.

4.3.6 L'activité physique en prévention primaire: un intérêt à étendre le dispositif au-delà de l'ALD?

Se pose enfin la question des patients à inclure: si le projet de loi ne concerne que les patients en ALD pour le moment, les participants ont clairement évoqué le fait qu'ils ne sont pas les seuls à avoir un intérêt à pratiquer l'activité physique. En effet, dans le cadre de la prévention primaire, il devrait être possible de stimuler tout le monde à pratiquer une activité. Dans le cadre de la promotion de l'activité physique pour la santé dès les années 2000, l'objectif était de pouvoir prescrire de l'APA à tous les patients pour lutter contre les maladies chroniques, dans le cadre de cette prévention primaire, secondaire et tertiaire. Cependant, législateurs ont proposé une prescription aux seuls porteurs d'ALD.

Le nombre croissant de personnes âgées, chez qui l'activité physique a prouvé un nombre conséquent de bénéfices (entretien physique, lutte contre l'isolement notamment), peut également remettre en question la restriction aux patients en ALD: comment faire pratiquer une activité physique à une personne âgée, aux moyens financiers limités, n'entrant pas dans le cadre de l'ALD, sans lui permettre l'accès à un enseignant APA? Les moyens sont pour le moment très limités.

Il convient tout de même de nuancer cette éventualité de prescrire de l'activité physique à tout le monde. En effet, le nombre d'enseignants en APA étant limité, il est déjà difficile d'inclure tous les patients en ALD. La généralisation de la prescription pourrait entraîner une saturation extrêmement rapide du dispositif en place.

5 Conclusion



Nom, prénom du candidat : CHARVIEUX Baptiste

CONCLUSIONS

Depuis plusieurs dizaines d'années, les bénéfices de l'activité physique sur la santé ont largement été documentés par la littérature scientifique, amenant l'Organisation Mondiale de la Santé à établir des recommandations en terme d'activité physique. Malgré cela, un tiers de la population mondiale ne respecte pas ces recommandations et la sédentarité reste le quatrième facteur de risque de mortalité dans le monde, particulièrement dans les pays développés.

En France, les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité d'une activité physique régulière au sein de la population: d'abord en mettant en place des plans de santé et des réseaux, puis en intégrant la promotion de l'activité physique dans le cadre légal via le décret du 26 décembre 2016. Ce décret, entré en vigueur le 3 mars 2017, permet au médecin traitant de prescrire de l'activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient porteur d'une affection de longue durée, donnant naissance au dispositif de sport sur ordonnance. Cependant, le sport sur ordonnance reste soumis aux initiatives locales, et alors que le dispositif fonctionne dans certaines régions (notamment en Alsace), la mise en place semble plus compliquée sur le territoire Haut-Savoyard.

Après 18 mois de mise en place de cette mesure, nous avons voulu évaluer le ressenti des différents acteurs impliqués dans le dispositif en Haute-Savoie (médecins généralistes et enseignants en activité physique adaptée). Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative en focus groupes en croisant directement leur regard, afin de mettre en évidence les freins persistants au développement du dispositif. Trois focus groupes, comprenant au total 9 médecins généralistes et 9 enseignants en activité physique adaptée ont été réalisés.

Bien que les différents acteurs soient tous convaincus des bénéfices de l'activité physique et se considèrent réciproquement comme fondamentaux dans le dispositif, ils notent encore de nombreux freins: dans la prescription (particulièrement le manque d'information et de formation des médecins généralistes, une certaine peur de la responsabilité de prescription et un manque de temps), dans l'organisation du territoire départemental (politiques avec de nombreux enjeux financiers et une multiplication des acteurs, géographiques avec un territoire montagneux organisé en vallées), et dans l'organisation du dispositif avec un manque d'enseignants en


activité physique adaptée disponibles. Nous avons également constaté que le plus gros frein mentionné était un manque de communication, qu'elle soit générale (notamment auprès des patients), dans la connaissance du métier d'enseignant en activité physique adaptée, et surtout locale (pas d'interlocuteur privilégié pour les prescripteurs, pas de connaissance entre différents acteurs du dispositif, manque de connaissance entre les différents intervenants du sport, manque de retour au prescripteur du cheminement du patient à travers le dispositif). Enfin les participants ont pointé du doigt le financement du dispositif, et l'absence de structure pouvant accueillir les patients sortants pour pérenniser la pratique d'activité physique.

Des solutions pour essayer de lever ces freins, de créer un maillage sport-santé adapté au territoire et de mieux répondre aux besoins de la population en terme d'activité physique ont été proposées. Les participants ont évoqué le besoin de développer la communication générale (par les pouvoirs publics) et locale autour du dispositif, en informant les médecins généralistes de son existence et son fonctionnement, sur les modalités de prescription et d'inclusion des patients, mais aussi en faisant connaître le métier d'enseignant en activité physique adaptée auprès des médecins et de la population générale. Il a été proposé d'organiser des réunions entre médecins et enseignants en activité physique adaptée, et de créer un support permettant aux médecins d'avoir rapidement un contact auquel adresser ses patients. On note également la nécessité de donner un retour au prescripteur, de bénéficier d'un financement pérenne (par la sécurité sociale ou les mutuelles), et enfin de trouver des structures relais à la sortie du dispositif. Les acteurs sur le terrain ont cependant évoqué leur impuissance pour agir sur certains freins, notamment en ce qui concerne l'organisation du territoire, sur le plan politique et géographique, mais aussi en ce qui concerne le financement.

Il semble donc intéressant d'accompagner les différents intervenants, en renforçant la formation initiale et continue des différents acteurs, en organisant des actions de communication, en sensibilisant la population médicale et la population générale autour du sport santé, et enfin en trouvant un financement pérenne et réaliste.

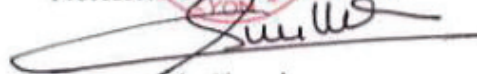
Le Président de jury.
Nom et Prénom
Signature

Marie Flori


UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
Docteur Marie FLORI
Professeur
de Médecine Générale

VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïentique Lyon, Sud Charles Mérieux

Professeur *Carole* BURILLON


Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 17/03/2019

6 Bibliographie

- (1) OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. 1946
- (2) OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé. [Internet]
- (3) Conseil de l'Europe. Comité des ministres. Charte européenne du sport. 1992
- (4) Fabre C. Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. *Rev Mal Respir Actual* 2010 ; 2 : 628-630
- (5) SFP-APA. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée. 2012 [Internet]
- (6) SFP-APA. Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en activités physiques adaptées. 2016
- (7) HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Septembre 2018.
- (8) Sedentary Behaviour Research Networ. Letter to the Editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours.” *Appl Physiol Nutr Metab*. 2012 Jun;37(3):540–2.
- (9) OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. 2010
- (10) 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;380(9838):247–57.
- (11) Santé Publique France. Étude sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition. ESTEBAN 2014-2016. Septembre 2017.
- (12) OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009
- (13) I-Min Lee, MBBS, ScD, Eric J Shiroma, MSc, Felipe Lobelo, MD, PhD, Pekka Puska, MD, Steven N Blair, PED. Impact of Physical Inactivity on the World's Major NonCommunicable Diseases. *Lancet* . 2012 July 21; 380(9838): 219–229. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9
- (14) InVS. Institut de veille sanitaire. Etude Nationale Nutrition Santé. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). 2006
- (15) Chau JY, Grunseit AC, Chey T, Stamatakis E, Brown WJ, Matthews CE, et al. Daily Sitting Time and All-Cause Mortality: A Meta-Analysis. *Gorlova OY*, editor. *PLoS ONE*. 2013 Nov 13;8(11):e80000
- (16) Rezende LFM, Sá TH, Mielke GI, Viscondi JYK, Rey-López JP, Garcia LMT. AllCause Mortality Attributable to Sitting Time: Analysis of 54 Countries Worldwide. *Am J Prev Med*. 2016 Aug;51(2):253–63
- (17) Martin BW, Beeler I, Szucs T, Smala AM, Brügger O, Casparis C, Allenbach R, Raeber PA, Marti B. Economic benefits of the health-enhancing effects of physical activity: first estimates for Switzerland. *SGSM*, April 2001.
- (18) House of Commons. Culture, Media and Sport Committee. DCMS Annual Report: Work of the Department in 2002–03. 2 Mars 2004.
- (19) INSERM. Activité physique: prévention et traitement des maladies chroniques. Janvier 2017

- (20) INSERM. *Activité physique: Contextes et effets sur la santé*. 2008
- (21) Leitzmann MF, Park Y, Blair A, Ballard-Barbash R, Mouw T, Hollenbeck AR, et al. Physical activity recommendations and decreased risk of mortality. *Arch Intern Med*. 2007 Dec 10;167(22):2453–60.
- (22) Delerive C. *Etude des rapports entre l’anxiété et l’activité physique, Pépite*.
- (23) Kandola A, Vancampfort D, Herring M, Rebar A, Hallgren M, Firth J, et al. Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. *Curr Psychiatry Rep*
- (24) Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Journal of the American college of cardiology*, vol 67 n°1
- (25) Lee IM, Sesso HD, Paffenbarger RS, Physical Activity and Coronary Heart Disease Risk in Men: Does the Duration of Exercise Episodes Predict Risk? *American Heart Association* 2000;102:981-986
- (26) Vigorito C, Giallauria F. Effects of exercise on cardiovascular performance in the elderly. *Front Physio*. 2014;5
- (27) Cornelissen VA, Buys R, Smart NA. Endurance exercise beneficially affects ambulatory blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens*. 2013 Apr;31(4):639–48.
- (28) Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler S, Hamman R, Lachin J, Walker EA, Nathan D. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *N Engl J Med*. 2002 Feb 7;346(6):393–403
- (29) INCEPT. Etienne Sotters. *Les bienfaits d’une activité physique régulière*. [Internet]
- (30) Simpson L, McArdle N, Eastwood PR, Ward KL, Cooper MN, Wilson AC, et al. Physical Inactivity Is Associated with Moderate-Severe Obstructive Sleep Apnea. *J Clin Sleep Med*. 2015 Oct 15;11(10):1091–9
- (31) Kannus P, Haapasalo H, Sankelo M, Sievänen H, Pasanen M, Heinonen A, et al. Effect of starting age of physical activity on bone mass in the dominant arm of tennis and squash players. *Ann Intern Med*. 1995 Jul 1;123(1):27–31
- (32) Villareal DT, Chode S, Parimi N, Sinacore DR, Hilton T, Armamento-Villareal R, et al. Weight Loss, Exercise, or Both and Physical Function in Obese Older Adults. *N Engl J Med*. 2011 Mar 31;364(13):1218–29.
- (33) Lee J, Chang RW, Ehrlich-Jones L, Kwok CK, Nevitt M, Semanik PA, Sharma L, Sohn MW, Song J, Dunlop DD. Sedentary Behavior and Physical Function: Objective Evidence From the Osteoarthritis Initiative. *Arthritis Care & Research* Mar 15; 67(3):366–73
- (34) Callahan LF, Ambrose KR. Physical activity and osteoarthritis – considerations at the population and clinical level. *Osteoarthritis Cartilage*. 2015 Jan;23(1):31–3
- (35) Steiner JL, Bigatti SM, Ang DC. Trajectory of change in pain, depression, and physical functioning after physical activity adoption in fibromyalgia. *J Health Psychol*. 2015 Jul;20(7):931–41.
- (36) Assurance maladie. *Mal de dos? Le bon traitement c’est le mouvement*. Programme de sensibilisation sur la lombalgie. 2017.
- (37) Rivière D, Ruffel L, Pillard P. Les bénéfices de l’activité physique chez les plus de 50 ans. *Revue bibliographique. Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(30-31):545-51

- (38) Bigley AB, Spielmann G, LaVoy ECP, Simpson RJ. Can exercise-related improvements in immunity influence cancer prevention and prognosis in the elderly *Maturitas*. 2013 Sep;76(1):51–6.
- (39) Physical Activity and Cancer. National Cancer Institute. 2015. [Internet]
- (40) Maître C. Relations entre activité physique, équilibre pondéral et cancer du sein. *Annales d'Endocrinologie* 74 (2013): 148 – 153.
- (41) Oguma Y, Sesso HD, Paffenbarger RS, Lee I-M. Physical activity and all cause mortality in women: a review of the evidence. *Br J Sports Med*. 2002 Jun;36(3):162–72.
- (42) Bull PF, Milton K, Boehler C. Evaluation of the Physical Activity Care Pathway London Feasibility Pilot – Executive Summary. :6
- (43) Foster J, Thompson K, Harkin J. Let's get moving commissioning guidance: a physical activity care pathway. Sept 2009.
- (44) NHS London. Bird W, Krishnasamy P, Reynolds V. Physical activity and long terms conditions: a guide for GPs. Nov 2012.
- (45) New Zealand Government. The green prescription process for primary health care. Fev 2016.
- (46) Elley R, Kerse N, Arroll B, Swinburn B, Ashton T, Robinson E. Cost-effectiveness of physical activity counselling in general practice. *N Z Med J*. 2004 Dec 17;117(1207):U1216.
- (47) Patel A, Schofield GM, Kolt GS, Keogh JW. General practitioners' views and experiences of counselling for physical activity through the New Zealand Green Prescription program. *BMC Fam Pract*. 2011;12(1).
- (48) Kino-Québec. Qui sommes-nous. [Internet]
- (49) Zone Santé - Les médecins du Québec peuvent maintenant prescrire de l'activité physique 2015.
- (50) PAPRICA. Physical activity promotion in primary care. Formation au conseil en activité physique au cabinet médical. 2012.
- (51) Koutaissoff D, Jeannin A, Dubois-Arber F. Université de Lausanne. Evaluation de la formation PAPRICA. *Raisons de santé* 200 – Lausanne 2012.
- (52) PNNS, Plan National Nutrition Santé. Manger - Bouger. 2014.
- (53) Ministère de la santé et des solidarités. Deuxième plan national nutrition santé 2006 – 2010. Sept 2006.
- (54) Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Plan national nutrition santé 2011 – 2015. Juillet 2011.
- (55) Haut conseil de la santé publique. Avis relatif aux objectifs de santé publique quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022. 9 février 2018.
- (56) Ministère en charge de la santé, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des sports et de la vie associative. Programme National "bien vieillir". 2007

- (57) Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Toussaint JF. Plan National de prévention par l'Activité Physique et Sportive. 2008.
- (58) Ministère de santé, de la jeunesse, des sport et de la vie associative. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007.
- (59) Ministère de la santé, Ministère de la solidarité, Ministère de la recherche. Plan Alzheimer et maladies apparentées. 2008.
- (60) Ministère de la scolarité et de la santé. Plan Obésité. 2010.
- (61) Ministère de la santé et des sports, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan d'action des accidents vasculaires cérébraux 2010-2014. 2010.
- (62) Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville. Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares. 2014.
- (63) Institut National du Cancer, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan Cancer 2009-2013.
- (64) Institut National du Cancer, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan Cancer 2014-2019.
- (65) Ministère des sports. Plan National Sport-Santé Bien-Être. 2012.
- (66) Ministère du travail, de l'emploi de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative. Instruction n°DS/DSB2/SG/DGS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique.
- (67) Euro métropole de Strasbourg. Sport santé sur ordonnance à Strasbourg. 2012. [Internet]
- (68) Bigot J, Larras B, Praznocy C et al. Sport santé sur ordonnance : contexte et exemples de mises en œuvre. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Vichy : Pôle Ressources Sport santé bien-être ; octobre 2017.
- (69) Vit'activ. Le sport santé sur ordonnance. 2017.
- (70) effFORMip : L'engagement sport-santé d'un réseau pour les porteurs de pathologies chroniques. 2013.
- (71) CROS Picardie, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Réseau Sport Santé Bien-être : Picardie en Forme.
- (72) DRJSCS de Champagne-Ardenne. Feuille de route de la mission sport santé. 29 janvier 2012.
- (73) DRJSCS Rhône-Alpes, ARS Rhône-Alpes. Le plan « Sport santé bien-être » rhônalpin 2013-2017. 2013.
- (74) ARS Rhône-Alpes. Communiqué. Le plan régional « Sport santé bien-être » 2013-2017: Promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteurs de santé. Juillet 2014.

- (75) ATEXO conseil. Évaluation à mi-parcours du plan régional « Sport, santé et bien-être » Rhône-Alpes 2013-2017. 2016.
- (76) ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Évaluation des plans santé bien-être Auvergne et Rhône-Alpes. Août 2017.
- (77) CROMS : Portail du Sport santé en région Auvergne Rhône-Alpes. [Internet].
- (78) Prunier A. Le concept Santé Sport sur Ordonnance : Exemple à travers notre projet Chablaisien. Nov 2015.
- (79) Antoine L, Dalla Zuanna A. Étude pilote d'évaluation du dispositif "Chablais sport santé sur ordonnance" : observation de l'évolution de la qualité de vie. Médecine humaine et pathologie. 2017.
- (80) Conseil des ministres. La pratique des activités physiques et sportives facteur de santé publique. Portail du Gouvernement. 2012.
- (81) Strasbourg eurométropole. Premières assises du sport-santé sur ordonnance. [Internet]
- (82) Journal officiel de la république française. Code de la santé publique. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé 2016.
- (83) Journal officiel de la république française. Code de la santé publique. Décret n° 2016-1990 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.
- (84) Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Instruction interministérielle : Mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique. 2017.
- (85) ARS Bretagne. Prescription d'activité physique adaptée par le médecin traitant. Mode d'emploi. Nov 2017.
- (86) Simon S, Chabrier G. Comment prescrire de l'activité physique en pratique médicale. Ann. Endocrinol. 2005; 66, 2, Cahier 3: 2S29-2S35.
- (87) IRMBS. Baecquert P. Le sport sur ordonnance: guide méthodologique. 2017.
- (88) Chevallier E, Bultez J. Ressenti des médecins traitants de Rhône-Alpes concernant la prescription d'activité physique adaptée chez leurs patients. Médecine humaine et pathologie. 2017.
- (89) Le Breton J. Promotion de l'activité physique au cabinet de médecine générale. 2013.
- (90) Walsh JM, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. Am J Prev Med. 1999 May;16(4):307-13.
- (91) Rucar B. Sport santé sur ordonnance: Analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en affection de longue durée chez des médecins généralistes ayant réalisé une formation à cette prescription. 2018.
- (92) Carroll JK, Antognoli E, Flocke SA. Evaluation of Physical Activity Counseling in Primary Care Using Direct Observation of the 5As. Ann Fam Med 2011;9:416-422.

- (93) Bull FC, Schipper EC, Jamrozik K, Blanksby BA. How can and do Australian doctors promote physical activity. *Prev Med* 1997 Nov-Dec;26(6):866-73.
- (94) HAS. Haute Autorité de Santé. *Activité physique et sportive : un guide pour faciliter la prescription à tous les patients*. 2018.
- (95) Ville d'Annecy. *Bougez-vous sport*. 2017. [Internet]
- (96) UFOLEP, CDOS Haute-Savoie, Direction départementale de la cohésion sociale, IREPS Auvergne Rhône-Alpes. *Plateforme Santé osons le sport 74*. 2017. [Internet]
- (97) Jacques C. *La prescription d'activité physique par les médecins généralistes: étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes par entretiens semi-dirigés*. 2017.
- (98) CNOSF : Comité National Olympique et Sportif Français. *Médocosport-santé*. 2017.
- (99) IRBMS Hauts de France, Comité de pilotage scientifique. *Numéri'Éval-SportSanté*. [Internet]
- (100) UFOLEP, ARS Auvergne Rhône-Alpes. *Plateforme Sport Santé Ain*. 2017. [Internet]
- (101) CDOS Savoie, Agence des réseaux de santé de Savoie, Agence Eco Mobilité. *Bouger sur prescription*. 2014. [Internet]
- (102) IRBMS Hauts de France. *Formations en ligne Sport Santé (Mooc)*. [Internet]
- (103) SFMES. Société Française de médecine de l'exercice et du sport. *Prescription de l'activité physique* [Internet]
- (104) Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev*. 25 janv 2005;(1):CD003180.
- (105) Persson G, Brorsson A, Ekvall Hansson E, Troein M, Strandberg EL. Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective - a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 29 août 2013;14:128.
- (106) Bigot J, Larras B, Praznoczy C et al. *Sport santé sur ordonnance : contexte et exemples de mises en œuvre*. Octobre 2017.
- (107) Ribera AP, McKenna J, Riddoch C. Physical activity promotion in general practices of Barcelona: a case study. *Health Educ Res*. 2005 Nov 22;21(4):538-48.
- (108) HAS. Haute autorité de santé. *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses*. Avril 2011.
- (109) Anis J. *Analyse des freins à la prescription d'activités physiques chez les médecins généraliste picards*. Université de Picardie Jules Verne. 2015.

(110) Rolland M. L'observance de la prescription d'activité physique en médecine générale: étude descriptive prospective chez des patients porteurs de facteurs de risque cardiovasculaires. Univ Bordx SEGALEN. 2015;102

(111) Assemblée Nationale. Amendement n°917. 27 Mars 2015.

(112) Larras B, Organisation Nationale de l'activité Physique et de la Sédentarité. États des lieux de l'activité physique et de le sédentarité en France. 2018;100.

7 Annexes

Annexe 1: exemple de formulaire type de prescription d'activité physique adaptée

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

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

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

Préconisation d'activité et recommandations

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

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

.....

Document remis au patient

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

Lieu date signature cachet professionnel

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

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

Annexe 2: dossier d'inscription de patient au dispositif Sport Sur Ordonnance (bassin Annécien)

« Santé ! Osons le sport »

Programme passerelle Sport santé Annecy

Pour prendre rendez-vous :

Tél 04 80 80 62 26

Mail : accueil@sport-ordonnance74.net



DOSSIER DU PATIENT

1. Coordonnées :

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Code Postal Commune
Téléphone :
Mail@.....

2. Pathologie(s) d'inclusion dans le dispositif «Santé ! Osons le sport» :

(Cochez la ou les pathologies)

SURPOIDS	
DIABETE TYPE 2	
Asthme avec traitement de fond	
HTA	
BPCO Stade 1 ou 2 / Asthme/ Emphysème	
Lombalgies chroniques >6 mois ou AT >3 mois	
Pathologie cancéreuse (sein ou colon)	<input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Colon
Autres pathologies	

3. Niveau d'activité physique :

- **Q1 : Combien de fois par semaine faites-vous 20 min d'activité physique au point de transpirer ou d'être essoufflé ?**

Ex jogging, port de charges lourdes, aérobic ou cyclisme à allure rapide...

- Au moins 3 fois par semaine Score 4
 1-2 fois par semaine : Score 2
 Moins ou jamais : Score 0

- **Q2** : Combien de fois par semaine faites vous 30 minutes d'activité physique modérée ou de la marche qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement ?

Ex : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou faire du tennis en double ...

> ou = 5 fois par semaine Score 4

3 à 4 fois par semaine Score 2

TOTAL Q1 + Q2 =

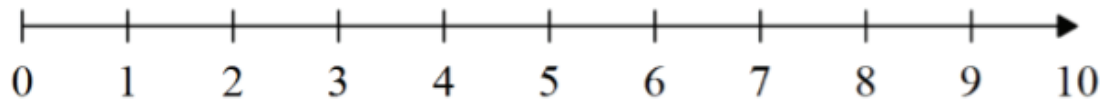
1-2 fois par semaine..... Score 1

Moins ou jamais..... Score 0

CCL : INACTIF (Total < ou = 3) ACTIF (Total > ou = 4)

4. Motivation à la pratique d'une activité physique :

Selon vous, à combien estimez-vous votre motivation à la pratique d'une activité physique régulière et modérée ?



Dossier remis en main propre à l'intéressé

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA
PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE**

Je soussigné(e) : Dr

Certifie avoir examiné(e) ce jour Mr / Mme :

Né(e) le : / /

Et n'avoir pas constaté(e) ce jour, de signes cliniques apparents, contre indiquant la pratique d'activité physique adaptée à son état de santé dans le cadre du dispositif «Santé ! Osons le sport».

Autres précautions et préconisations :

.....
.....

A , le

Cachet et signature

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

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

NOR : AFSP1637993D

Publics concernés : médecins, patients atteints d'une affection de longue durée.

Objet : activité physique adaptée.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le 1^{er} mars 2017.

Notice : l'article L. 1172-1 du code de la santé publique prévoit que, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Le décret précise les conditions dans lesquelles sont dispensées ces activités physiques adaptées et prévoit les modalités d'intervention et de restitution des informations au médecin traitant.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé créant un article L. 1172-1 dans le code de la santé publique. Les dispositions du code de l'éducation, du code de la santé publique, du code du sport peuvent être consultées sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'éducation, notamment son article L. 613-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1172-1 ;

Vu le code du sport, notamment ses articles L. 141-1, L. 212-3 et R. 212-2 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 20 décembre 2016,

Décrète :

Art. 1^{er}. – Le livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VII ainsi rédigé :

« TITRE VII

« PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LA SANTÉ

« CHAPITRE II

« Prescription d'activité physique

« Art. D. 1172-1. – On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.

« La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

« Art. D. 1172-2. – En accord avec le patient atteint d'une affection de longue durée, et au vu de sa pathologie, de ses capacités physiques et du risque médical qu'il présente, le médecin traitant peut lui prescrire une activité physique dispensée par l'un des intervenants suivants :

« 1^o Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1 ;

« 2^o Les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation ;

« 3° Les professionnels et personnes qualifiées suivants, disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée :

« – les titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles, ainsi que les fonctionnaires et les militaires mentionnés à l'article L. 212-3 du code du sport ;

« – les professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualifications figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles qui sont énumérés dans une liste d'aptitude fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports, de l'enseignement supérieur et de la santé ;

« 4° Les personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée, répondant aux compétences précisées dans l'annexe 11-7-1 et garantissant la capacité de l'intervenant à assurer la sécurité des patients dans la pratique de l'activité. La liste de ces certifications est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports et de la santé, sur proposition du Comité national olympique et sportif français.

« Cette prescription est établie par le médecin traitant sur un formulaire spécifique.

« Art. D. 1172-3. – Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, seuls les professionnels de santé mentionnés au 1° de l'article D. 1172-2 sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical.

« Lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations mentionnées dans l'annexe 11-7-2 relative aux limitations fonctionnelles sévères, les professionnels mentionnés au 2° de l'article D. 1172-2 interviennent en complémentarité des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa, dans le cadre de la prescription médicale s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers.

« Art. D. 1172-4. – La prise en charge des patients est personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice.

« Art. D. 1172-5. – Avec l'accord des patients, l'intervenant transmet périodiquement un compte rendu sur le déroulement de l'activité physique adaptée au médecin prescripteur et peut formuler des propositions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents à celle-ci. Les patients sont destinataires de ce compte rendu. »

Art. 2. – Il est inséré dans le code de la santé publique une annexe 11-7-1 et une annexe 11-7-2 figurant en annexes 1 et 2 du présent décret.

Art. 3. – Le présent décret entre en vigueur au 1^{er} mars 2017.

Art. 4. – La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports, le secrétaire d'Etat chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche et le secrétaire d'Etat chargé des sports sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 30 décembre 2016.

BERNARD CAZENEUVE

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

MARISOL TOURAINE

*Le ministre de la ville,
de la jeunesse et des sports,*

PATRICK KANNER

*Le secrétaire d'Etat
chargé des sports,*

THIERRY BRAILLARD

*La ministre de l'éducation nationale,
de l'enseignement supérieur
et de la recherche,*

NAJAT VALLAUD-BELKACEM

*Le secrétaire d'Etat
chargé de l'enseignement supérieur
et de la recherche,*

THIERRY MANDON

Annexe 4: caractéristiques de l'échantillon

	Age	Sexe	Mode d'exercice	Milieu d'exercice	Durée d'installation	DU/DIU/capacité médecine du sport	Prescription activité physique adaptée ?	MSU	Formations continues	Heures de sport par semaine
MG01	31	Femme	Cabinet de groupe	Rural	18 mois	Non	Non	Non	Formations continues CH Annecy : Revue du prat / MG form	2
MG02	52	Homme	Cabinet seul	Urbain	22 ans	Non	Non	Oui	Prescrire / Revue du prat	1
MG03	32	Femme	Cabinet de groupe	Rural	18 mois	Non	Non	Non	Formations continues CH Annecy	2
MG04	45	Homme	MSP	Rural/montagne	6 ans	Non	Non	Oui	Variées : traumat, pédagogie, biomed.	5
MG05	30	Homme	Cabinet seul	Rural/montagne	2 ans	Oui	Non	Non	MCS	3
MG06	38	Homme	Cabinet de groupe	Urbain	3 ans	Non	Non	Non	DIU phytothérapie	1
MG07	34	Femme	Cabinet de groupe	Urbain	1 an	Non	Oui	Non	FMC CH Annecy DIU pathologie du sommeil Revue prescrire	3
MG08	29	Homme	Cabinet de groupe	Urbain	1 mois	Non	Non	Non	Prescrire	4
MG09	48	Femme	Cabinet seul	Rural	11 ans	Non	Non	Non	Revue du prat	2

	Age	Sexe	Durée de pratique	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Heures de sport par semaine
EAPA01	31	Homme	5 ans	Seul	Hôpital + ambulatoire	6
EAPA02	24	Homme	2 ans	Seul	Ambulatoire	8
EAPA03	34	Femme	8 ans	En groupe	Hôpital	0
EAPA04	27	Homme	3 ans	En groupe	Ambulatoire	6
EAPA05	33	Femme	11 ans	En groupe	Hôpital	4
EAPA06	32	Femme	10 ans	En groupe	Hôpital	5
EAPA07	32	Femme	7 ans	En groupe	Ambulatoire	3
EAPA08	36	Femme	13 ans	En groupe	Hôpital	4
EAPA09	23	Femme	6 mois	Seul	Hôpital	10

Annexe 5: guide d'entretien

Ouverture: Quelle place accordez-vous à l'activité physique dans la prise en charge des patients et pourquoi?

1/ Comment faire de l'activité physique adaptée?

- Quel type de patients?
- Quels sports leur faire pratiquer?
- Quels bénéfices en attendre? Pourquoi?

2/ La relation MG – EAPA: comment l'envisagez-vous dans le sport sur ordonnance?

- Quel doit être le rôle du MG?
- Pensez-vous qu'un médecin lui-même sportif est plus à même de prescrire du SSO?
- Quel doit être le rôle de l'EAPA?

3/ En pratique: le sport sur ordonnance en Haute-Savoie

- Le SSO en Haute-Savoie: qu'en pensez-vous?
 - Pour les MG: connaissez-vous? Avez-vous déjà un réseau pour travailler?
 - Pour les APA: que pensez-vous du système actuel? Comment l'améliorer?
- Actuellement à votre avis: quels sont les freins au développement du SSO?
 - Pourquoi les MG n'en prescrivent pas?
 - Pourquoi les EAPA n'ont-ils pas plus de monde?

4/ Les solutions proposées: comment faire pour augmenter la prescription des MG et avoir plus de patients pour les EAPA?

Annexe 6: retranscription

EAPA01: Je suis, je m'appelle EAPA01. Je suis professeur d'activités physiques adaptées en clinique psychiatrique, dans une clinique privée. Ça fait deux ans que je suis en poste... Voilà

EAPA02: Moi c'est EAPA02, également enseignant physique adapté, je suis aux thermes de St Gervais et je suis principalement avec des posts cancéreux, des grands brûlés.

EAPA03: Et donc bah EAPA03, pareil, prof APA. Ça fait trois ans et demis que je suis à la clinique de Sancellemoz en centre de rééducation fonctionnelle en fait, au plateau d'Assy... Je bosse dans différentes spécialités, réadaptation nutritionnel et psychiatrique aussi, et en plus rééduc.

MG01: Je suis MG01, médecin généraliste, installée depuis janvier 2017 à Collonge sous Salève. Et voilà.

MG02: MG02, généraliste aussi, installé depuis un an demi à Cuzy.

MG03: MG03, donc oui je suis le maître de stage de B, actuellement je suis installé à Vétraz comme médecin généraliste mais j'ai aussi pleins de casquettes: je suis gériatre, je suis psycho gériatre, j'interviens à la clinique des Vallées dans le cadre de l'évaluation psychogériatrique.

Je suis aussi dans une unité où je travaille avec des APAS. Euhh résidence Leirens pour handicapés mentaux pour bénéficier d'un coaching pour prévenir le vieillissement.

Je suis aussi médecin esthétique c'est accessoire. Je suis installé depuis le siècle dernier (rires)

Ah ok, alors merci à tous.

On va commencer par une question un petit peu ... assez large, une question d'ouverture qui va nous emmener sur le sujet. En gros la question c'est: quelle place, vous, en tout qu'enseignant APA, et vous, médecins généralistes, accordez-vous à l'activité physique justement à la prise en charge des patients. Est-ce que pour vous c'est très important? est ce que c'est secondaire?

Alors je me doute que ça va être assez logique mais est-ce que vous avez déjà réfléchi à justement votre rôle auprès du patient dans la globalité. Où est-ce que j'interviens? Est-ce que c'est très important? Est-ce que c'est plutôt secondaire?

MG01: Pour moi c'est pas secondaire, c'est important. On en parle tous les jours. Moi personnellement je sais que j'en parle tous les jours. Que ce soit, et puis ça touche des pathologies très variées. Ça peut être rhumatismale, de l'obésité, chez l'enfant, chez l'adulte, du diabète. Donc non, j'en parle très souvent. Souvent les patients nous demandent des conseils d'ailleurs. Par exemple, quelqu'un qui a une arthrose de hanche ou une arthrose de genou qui lui fait mal là quel type de sport je pourrais faire? Je suis pas très bonne là dessus je pense, bon après je conseil un petit peu les choses logiques, mais euh... avec ou sans charge, etc mais voilà.

MG02: C'est globalement euh... Ça touche tous les ages, vraiment.

MG01: Ouais ouais ouais

EAPA03: Ben nous je pense que ça tient une place importante. C'est vraiment un support non médicamenteux qui peut être thérapeutique.

EAPA01: Après la question c'est quelle place tient l'activité dans la prise en charge du patient? **Ouais, justement ce que EAPA03 disait c'était intéressant. Euhhh, non médicamenteux. Est-ce que par rapport justement à la prise médicamenteuse, euhh, ben quelle importance vous situez ça, par exemple l'activité physique?**

EAPA03: C'est un gros plus clairement, sans dire que voilà, il faut plus de médicament, mais ça peut tout à fait amener à ce que le traitement soit moins lourd.

EAPA01: Et ça peut potentialiser les effets du traitement aussi, donc clairement c'est bénéfique. Après dans la question il y a aussi est-ce que c'est super important? On est tous conscient nous, que l'on fait tous parti d'une équipe pluridisciplinaire et on peut pas dire bah si il va faire 30 min d'activité ben on va le guérir quoi. Ça va forcément passer par d'autres professionnels qui vont intervenir mais voilà c'est en ... Quand on joint tout ensemble, là on peut arriver à améliorer la qualité de vie, ou la patho chronique.

MG01: Bah oui, ça dépend des pathologies. Il y a des pathologies où effectivement les deux rentrent en jeux... Encore aujourd'hui j'ai une patiente et ben je pense on... l'activité physique est fondamentale chez elle et la prise en charge médicamenteuse a très peu voir pas d'impact. C'est une patiente qui est douloureuse chronique, qui est du coup vraiment limité niveau mobilité. Et elle si on lui fait pas de la rééducation elle avancera jamais. Donc pour elle c'est fondamental. Ça dépend des... Bon les cardio-vasculaires il faut les deux. Ça dépend des pathologies.

Ça dépend aussi des patients.

MG02: Oui, oui, ça dépend des patients

EAPA03: Il y en a qui sont vachement réceptifs alors que l'activité physique elle fait pas du tout partie de leurs habitudes de vie donc c'est là où... voilà, on va peut être se baser vraiment sur le minimum quoi, juste les activités du quotidien, augmenter au moins ce niveau là, et euhh... ce sera déjà ça de gagner. Et après je pense comme tes patients que souvent il y a le support de l'activité physique mais il peut y avoir tout ce qui est art-thérapie, fin il y a pleins de choses qui vont à côté, qui n'ont pas les même objectifs forcément mais qui peuvent potentialiser... Des fois trouver de la motivation euhhhh... ou du goût à prendre soin de soi, s'occuper de soi...

MG02: Hum ... Après je rajouterai peut être aussi la région. On est quand même dans une région où beaucoup de gens font du sport et je pense que ce n'est pas pareil dans toutes les régions. Les patients sont assez habitués.

Alors après euhh la région, ouais la Haute Savoie effectivement.

MG03, toi qui est sur la bassin d'Annemasse, est ce que c'est différent aussi par rapport à MG02 qui est peut être plus par ici, un peu plus haut située aussi?

MG03: Moi j'ai vu l'évolution des demandes administratives. C'est à dire qu'il y a un siècle dernier c'était sport classique, sport co, sport classique, alpin ect... Et puis là maintenant il y a des noms de sports que je connaissais même pas... Les jeunes vont dans ces choses là. Alors moi je suis un peu en difficulté parce que, les contre-indications tout ça, je sais pas trop. Je les connais pas ces sports, je les ai jamais faits à l'école même ne serait-ce que l'escalade moi j'ai pas appris à l'école... Donc y a une évolution aussi de la pratique sportive, on fait beaucoup plus de choses... et nous, fin moi, jusqu'à présent c'est les conseils classiques qu'on apprend, tout ça... Mais après creuser, savoir quels type de sport est adapté à tel pathologie, ça on est un peu plus en difficulté, et c'est là qu'on a besoin d'experts, on a besoin de spécialistes, et c'est là que vos métiers sont tout à fait intéressants. Donc moi j'ai vu cette évolution là, jusqu'à présent c'était les grandes lignes... on disait faites du sport, bougez, 30 mins par jour et puis c'est bon quoi. Mais après quand on creuse, grande difficulté, donc on n'osait pas trop jusqu'à présent dire au gens faites du sport faites si, faites ça, c'est bon pour vous.

EAPA01: Mais c'est intéressant parce que vous parlez de sport en faite. Mais nous on parle jamais de sport. [ricanement haha]. Non mais c'est vrai, c'est, c'est, ça c'est la base aussi de la difficulté qu'ont les... de la représentation qu'on les gens de en faite la différence sport et activité physique. Parce que du coup c'est sûr, mais même nos patients là de SSO si on leur dit on va faire du sport heuu... «oulala non mais moi j'ai pas fait de sport depuis que je suis collègue.» En faite on fait pas du sport, on fait de l'activité physique et en plus adaptée ...

EAPA03: Elle peut être sportive

EAPA01: Elle peut, ouais ouais, bien sur mais du coup ...

EAPA03: On joue sur les mots [rires]

MG02: Oui mais c'est ça qui est important je pense.

EAPA01: Mais du coup ouais, c'est parce que c'est pas les mêmes codes, et toutes ces nouvelles pratiques, le cross fit, toutes ces choses là, en faite c'est pas vraiment du sport ça. Ça c'est de l'activité physique parce que c'est pas réglementé, il y a pas de compétition. Enfin ça commence un peu les compètes... Mais voilà, l'idée c'est de dire que si c'est pas compétitif et que l'on prend pas une licence ben c'est pas du sport, c'est de l'activité physique adaptée. Fin de l'activité physique, si voilà, simplement faire le jardin ou faire le ménage ça fait déjà partie de ça quoi. Mais c'est sur que dans la représentation des gens surtout sédentaires et inactifs, le mot sport, il fait peur.

MG01: Oui oui complètement, mais c'est vrai que c'est important de leur dire en consult, pour nous, dire je ne vous demande pas de faire un marathon quoi, je vous demande juste d'aller peut être chercher le pain à pied si c'est possible ou de faire un peu de renforcement chez vous, de l'exercice, lever les bras ...

MG03: Oublier l'ascenseur [haha]... C'est du bon sens ce que l'on dit jusqu'à présent, maintenant il y a les experts qui arrivent alors ça c'est bien. Moi je vois ça comme ça.

EAPA03: Moi j'ai beaucoup de gens qui viennent en faite pour un stage de trois semaines pour des lombalgies chroniques en faite. Et c'est vrai qu'en fait dans leurs discours, très souvent, on leur dit, il faut plus faire ça, il faut plus faire si et puis on les cantonne à de la natation et de la marche. Bon bah la marche quelque part on en a besoin... on est tous faits pour marcher, la natation je vous garantis quand on nage comme une pierre c'est juste la torture quoi.

MG01: Et puis y en a qui aiment franchement pas ça...

EAPA03: Voilà c'est très souvent ce genre de discours que l'on a et en fait on se rend compte que même avec un dos en vrac on peut faire quand même pas mal de choses. Et en fonction aussi de la personne et de ces antécédents, quelqu'un qui a toujours fait du ski, qui a la technique, et qui bien entendu avec le staff médical, paramédical bah on discute ce cas, c'est pas interdit qu'il ne reprenne pas le ski quoi. Quelqu'un qui est débutant qui n'a jamais fait de ski par contre là on va peut être le rediriger vers autre chose car ça demande de la technique, ça demande beaucoup de chose. Pour le coup il y a des gens qui arrivent et qui sont un peu... «bah on m'a dit qu je ne pouvais faire que ça» et ils sont un peu heuuuu... bah voilà, ils sont découragés parce qu'ils ne se voient pas du tout aller dans l'eau, c'est pas leur milieu, bon bah marcher ils le font un petit peu mais ... Après c'est difficile parce que c'est vraiment au cas par cas et faut se baser sur les habitudes de vie de la personne, ses motivations, ses goûts... Et l'amener à découvrir aussi d'autres types de pratique.

MG01: Cas par cas c'est cool, c'est plus adapté.

EAPA03: Ouais voilà c'est ça mais c'est, c'est, ça demande vachement de temps. C'est assez chronophage, j'image vous avez pas forcément non plus vous le temps, vous, de creuser un peu à chaque fois pour l'orienter sur les bonnes pratiques donc c'est, c'est, c'est ...

MG01: Non mais vous êtes là [hahah]... Y'a pleins de choses que l'on attend et que l'on a pas le temps de faire. Et c'est pour ça qu'on a besoin un peu d'aide et de professionnels quoi!

Impeccable.

Euhhhh, deuxième question. Là c'est plutôt pour vous à la base et puis vous vous allez nous préciser ça on va dire. Vous voyez quel type de patient faire de d'activité physique adaptée plutôt ? Sur quel type de patient vous orienteriez soit du conseil, soit quel type de patient vous orienteriez vers justement un enseignant APA dans le cadre du sport sur ordonnance?

MG02: Les douloureux chroniques.

MG03: Alors c'est bizarre, peut être c'est bête, je vois assez ... fin ... Peut être ma patientèle euhh, j'ai pas d'enfant par exemple, c'est plutôt deuxième tranche d'âge. Après ben j'aurai un enfant peut être douloureux chronique qui ... En général ce n'est pas nous qui les suivons en médecine générale je pense du coup on est biaisé peut être à ce niveau là. C'est plutôt deuxième tranche d'âge après trente ans.

Après c'est peut être ça aussi. C'est aussi adapter en fonction de vous, de votre patientèle. En terme de pathologie? Quelle pathologie vous orienteriez?

MG01: Les cardio-vasculaires, rhumatologique, les douloureux chroniques.

MG02: Et puis aussi les dépressifs.

MG03: Donc tout le monde quoi [Hahaha]

Hum ... Il y a un type de patient, fin il y a plusieurs types de patients aussi qui sont entrés dans ce cadre là où l'indication est claire. Vous pouvez nous le dire. MG03 tu as peut être d'autres choses à rajouter?

MG03: Oui. Moi c'est vrai que ma patientèle c'est plus gériatrique, prévention du vieillissement, et c'est là que vous avez tous votre place ça c'est sur, clairement... On fait abstraction de la pathologie chronique ou du handicap qu'ils ont parce qu'un handicap physique, un handicap mental, ils peuvent avoir, euh... des choses qui les gênent dans le quotidien et en fait c'est vrai que là... l'activité physique... on n'est plus dans du sport là... régulière, c'est quelque chose qui va leur permettre de maintenir leurs acquis. Pour moi il y a pas de distinction de maladie chronique, aiguë euh... post problématique, je veux dire c'est pas un problème, là on est dans se projeter dans la retraite, la préretraite, le quatrième âge, 5e âge je sais pas. Et voilà il y a pas de limitation du moment où ils sont motivés, ont compris l'intérêt... à ce moment tout le monde peut en bénéficier. Là je crois que c'est ça qui est important. Et le bénéfice de bien vieillir c'est justement entre 50 et 60 ans on peut encore gagner des choses. Après c'est plutôt de l'entretien. Enfin c'est mon point de vue hein.

EAPA02: Tout à fait

EAPA03: Ah bah c'est sur faut le dire!

MG03: Et le tout c'est de trouver des gens motivés qui ont envie de s'investir là dedans parce que si c'est pour qu'ils se disent «qu'est ce que je vais faire?», ils ont pas trop envie de faire grand chose.

EAPA03: Ben c'est sur qu'après il faut se battre pour leur donner envie un petit. Après c'est à nous aussi d'essayer après je dis pas que l'on a 100% de réussite... Mais euh....

MG03: Moi je vais vous raconter ce qu'il s'est passé à Leirens, pardon...

On avait un EAPA qui nous demandait «est ce que telle personne peut faire telle activité physique?», alors on disait «oui bien sûr» à quasiment tout le monde bien sûr...

Alors au début les groupes étaient très modestes, c'était entre 3 à 4 personnes et à la fin quand il a fini son activité c'était des groupes de 10 / 15 à chaque fois. Il avait réussi à créer une dynamique, à intéresser les gens. Pourtant ils ont un handicap mental les résidents c'est des trisomiques vieillissants, c'est... un handicap mental congénital... Et donc pour le motiver c'est pas évident... Quand le trisomique t'as décidé qu'il ferait pas de sport, il fait pas de sport. Par contre quand il a compris que ça lui fait du bien, la fois d'après il y va spontanément et ça c'est des choses qu'ils ressentent. Et ça c'était super intéressant. Et quasiment tout le monde, j'ai environ 60 patients, donc quasiment tout le monde à tour de rôle, a eu le droit à ses activités différentes... adaptées justement: la marche, la mobilité et pleins d'autres choses. Et ça c'est sur, c'est ultra intéressant. Pour tout le monde, et en plus pour des pathologies chroniques.

EAPA01: On a pas évoqué les problèmes de surpoids.

MG02: Ouais c'est vrai!

MG01: Mais on pourrait évoquer tout le monde hein

EAPA01: En gros, puisque ta question c'est dans le cadre du sport sur ordonnance, en fait la réponse elle est simple puisque ça tombe sous le coup de la loi en fait. Ça devient du médico-légal. C'est des gens qui sont en ALD. Tous les gens qui sont en ALD, ils peuvent bénéficier du sport sur ordonnance. Les autres ils pourront pas bénéficier de ce programme là en tout cas. C'est bénéfique pour eux aussi mais dans tous les cas ça ne tombera pas dans le cadre du programme.

Après on reviendra sur le sport sur ordonnance, exactement le concept tout à l'heure... mais ouais effectivement dans le cadre du sport sur ordonnance, il y a des remboursements, ect. Et du coup ça c'est cadré par la loi. Après effectivement, au niveau «activité physique» de tout façon, tout le monde est, je pense, concerné dès le plus jeune âge effectivement. Bien qu'on voit aussi de plus en plus d'obésité chez les gamins et ça peut être je sais pas, si vous, vous en voyez déjà? Des gamins qui viennent en ... faire de l'APA? Peut être pas énorme.

EAPA02: Non comme on disait tout à l'heure plus la deuxième tranche d'âge.

EAPA01: Bah parce que notre milieu d'intervention n'est pas...

EAPA02: Mais y a des structures aussi mais... elles sont rares.

EAPA01: Y en a, y en a. Dans l'Est aussi ou sur Paris je sais que ça existe.

EAPA03: Y a le réseau REPOP sur Lyon

EAPA01: Mais nous on intervient que sur le public adulte. Mais il y a des APAS qui font ça.

EAPA03: Pour l'obésité des ados.

Alors après, quel sport à leur faire pratiquer à ce gens là? Aux gens qui sont concernés plutôt par l'activité physique. Vous pensez justement ... On parlait tout à l'heure de natation, marche. Est-ce que l'on s'en arrête là? Est-ce qu'on fait faire autre chose justement. Vous dans votre pratique je suppose que vous leur faites faire autre chose. Comment vous imaginez un peu la chose et comment vous, vous faites?

EAPA03: Ça peut être hyper large. Chacun à son ...

EAPA02: Ça dépend aussi du matériel qu'on peut avoir.

EAPA03: Non mais notre métier il est assez créatif aussi quelque part...

EAPA02: Oui complètement

EAPA03: ... Après ce qui est bien c'est que ça dépend c'est des gens qui sont là de façon transitoire et qu'il faut aussi amener à l'extérieur à continuer en fait.

Faut pas être trop en décalage des fois avec euh... c'est ça aussi faut jouer là dessus, faut jouer sur les motivations et un peu les habitudes de la personne. Mais après il y a énormément de choses qui sont envisageables. La marche, la ouais... la natation, la gym...

EAPA01: En vrai, je crois que c'est plus ça. En fait on peut tout faire. C'est vraiment ... Tout le monde peut faire tout, sauf qu'il faut adapter à chaque fois. On peut prendre n'importe quel sport et l'adapter pour que cette personne avec cette pathologie, cette limitation puisse le pratiquer. A la fin ça va plus trop ressembler au sport de base mais en tout cas nous...

EAPA03: La logique est elle quand même respectée!

EAPA01: Ouais voilà, on parle de logique interne de l'activité. La logique interne de l'activité volley c'est qu'il y a deux équipes, un filet et que le ballon il faut pas qu'il tombe. Donc on peut très bien dire que l'on va le faire assis avec un ballon de baudruche et

un filet à 30 cm du sol, ça reste du volley. On utilise les mains, on fait passer de l'autre côté sauf que bien sur l'essence de l'activité elle est là mais voilà... Il va pas aller s'inscrire dans un club de volley quand il aura fini avec nous parce que là il y arrivera pas... Mais en tout cas, on peut... fin moi c'est comme ça que je le vois... On peut partir de tout et juste l'adapter... Tu vois toi tu fais de la sarbacane...

EAPA03: Ouais biathlon, en fait c'est amené aussi par exemple... la marche on sait que c'est important, on sait que... les gens des fois n'ont pas confiance en eux, on a un outil c'est la sarbacane, concentration, équilibre, fin on peut mettre plein de choses derrière, et après bah vous faite un parcours machin un truc euh, la bizarrement ils sont capables de marcher tant de temps ou tant de mètres... Fin c'est les amener aussi à se rendre compte dans le ludique que... bah on arrive aussi... à faire des choses de base quoi, qu'ils se pensaient pas capables de faire... Mais après il faut rester... fin voilà, de manière transitoire, faut essayer... à mon avis de bien travailler sur l'après parce que... euh... parce que parce que...

EAPA01: Ca dépend de la structure c'est vrai

MG02: C'est important de les motiver

EAPA03: Même si on a donné goût, si ils ont retrouvé confiance, si... tout ça c'est passé... l'après est quand même très très très difficile à gérer, et ça faut préparer... fin dès le séjour en fait! Leur dire «comment vous voyez» heuuuu... fin voilà quoi les amener à se projeter euh... fin voilà par rapport à leurs habitudes de vie d'avant, qu'est ce qu'ils peuvent mettre en place... Fin on travaille là-dessus. De faire c'est bien, après je pense que... travailler sur l'éducatif.

EAPA01: Après y a clairement une grosse problématique organisationnelle... deeeee... de la suite des soins en fait, de la continuité des soins! Nous quand on se réunit entre APA sur nos conférences, nos trucs, c'est vraiment la problématique numéro un. Ouais c'est super, ils viennent en structure, on fait des programmes de 6 – 12 semaines, ça se passe trop bien ils sont super contents, on fait nos bilans d'entrée nos bilans de sortie ils ont tous progressé, et quand on fait des bilans à 6 mois après... Soit on les a perdus soit euh finalement ils ont pas continué soit y en a 2 qui ont continué sur 5 ans... C'est super compliqué de... de trouver aujourd'hui encore euh... bah une prise en charge après. Et on en discutait encore dans la voiture en venant, ils vont faire avec nous 16 semaines de programme sur le SSO, qu'est ce qu'on leur donne après ça? Quand ils nous demandent «bah moi je peux pas m'inscrire dans une assoc parce que c'est trop dur», bah ouais du coup c'est... difficile, faut que nous aussi on soit capables de s'organiser pour proposer quelque chose d'adapté à ces gens là, qui de toute façon... à mon avis pour certains... ne retourneront jamais dans le milieu ordinaire, c'est... c'est pas possible ils pourront pas euh...

EAPA03: C'est trop compliqué

EAPA01: La marche elle est trop grande en faite. Si ils ont vraiment des douleurs chroniques, que ça va durer toute leur vie... franchement ils pourront pas aller à la gym volontaire ou à l'aquagym quoi...

EAPA03: Même ça ça reste encore trop...

EAPA01: C'est ça!

EAPA03: Et puis bah voilà ils trouvent la motivation en groupe quoi donc voilà leur dire d'aller marcher tout seul... Il suffit d'un peu de pluie d'un peu de machin et c'est vite euh... c'est vite shunté. Effectivement c'est compliqué!

EAPA01: C'est une problématique qui reste... importante pour nous, en tout cas qu'on a pas encore réglée.

MG03: Vous ne l'avez pas encore réglée parce que vous n'êtes pas assez nombreux ou parce qu'il manque de structure?

EAPA01: C'est un problème organisationnel... C'est structurel.

EAPA03: En fait là on est dans des clubs, fédés, fin des choses comme ça qui existent euhhhh... et ça reste abordable quand on va dans une assoc... Là par exemple si nous on intervient en libéral euh, fin c'est tout de suite un budget qui est quand même heu...

MG03: Et les municipalités, les agglos, ils prennent pas en charge ça non?

EAPA03: Pour le moment non, ça se fait au compte goutte.

EAPA01: Si ça existe, mais c'est pas structuré. On est vraiment heu...

EAPA03: C'est un peu ouais, y a certaines mutuelles qui vont prendre en charge, voilà...

MG01: Y a quelques mairies quelques communes...

EAPA03: Je crois que Cham ils ont lancé un truc, sur euuuuh... le sport pour les seniors après 60 ans par exemple.

EAPA01: En fait c'est des initiatives individuelles, locales...

EAPA02: C'est au bon vouloir de chacun.

EAPA01: C'est ça qui est dur. Quand les gens demandent on peut pas leur dire «appelez ce numéro là, et c'est eux qui vont s'en occuper». On peut pas, il faut faire de la recherche, alors nous on le fait hein, les patients on leur dit «ok vous habitez où?», hop on va sur le site de la mairie, on appelle la cohésion départementale machin, «qu'est ce que vous proposez?», et au cas par cas y a des choses, alors y en a de plus en plus c'est vrai, mais ça reste un travail qui est fastidieux quoi, pour leur trouver quelque chose pour eux, c'est vrai que c'est pas... C'est pas encore aisé.

Vous en tant que médecins G, est ce que vous imaginiez euh... qu'on pouvait tout faire faire à vos patients, par exemple vos douloureux chroniques est ce que vous leur auriez dit «vous pouvez faire ce que vous voulez»?

MG01: Ouais. Moi je leur dis «vous pouvez». C'est là aussi où je suis un peu limitée du coup, quand ils me demandent «quelle activité physique je peux faire?», alors je vais leur donner heu... effectivement la natation la marche... Un peu comme tout le monde je pense...

MG02: Oui oui [haha]

MG01: Mais après je leur dis «vous pouvez tout faire, il faut juste que vous adaptiez laaaaa... l'activité physique à ce que un vous vous sentez capable de faire, et deux ce qui vouuuuus... fin ce qui reste gérable, c'est à dire qu'il y a des douloureux chroniques, ils auront des douleurs, voilà, on arrivera pas à calmer l'ensemble des douleurs, mais faut qu'elles restent tolérables et donc ils peuvent pas faire la même chose... Tout est C'est là aussi où tout est une question de perception personnelle de... de la limitation. Dans le mouvement dans la douleur. D'un patient à l'autre ce sera différent.

MG02: C'est sûr ça dépend de la perception du patient.

MG01: Après ce type de «stage» ça peut aussi leur permettre de mettre le pied à l'étrier, de se dire «ah bah ouais effectivement j'aurais jamais osé essayer de faire ça», eh bah c'est déjà un bon point. Alors il faut pas qu'ils l'oublient et qu'ils continuent d'essayer des choses à l'extérieur mais voilà...

Toute cette activité physique, euh, les bénéfiques que vous attendez de ça? Les bénéfiques que vous voyez peut être à la fin justement de vos 16 semaines? Quand les patients arrivent, vous leur dites que vous attendez quoi? En gros qu'à la fin des 16 semaines y aura quoi?

MG01: Un bénéfice physique un bénéfice psychologique.

EAPA03: Ouais psychologique pas mal. Des fois ils ont des objectifs très précis.

EAPA02: En terme de qualité de vie!

EAPA03: Ouais des fois eux aussi ont des objectifs aussi...

EAPA01: En fait ça part de là je crois. Ça part de ce qu'ils veulent

MG01: Ouais «qu'est ce qu'ils veulent eux en fait». Parfois on... on s'imagine pas et... lui ce qu'il veut pouvoir faire c'est...

EAPA03: Jouer avec ses petits enfants ou...

MG01: Exactement! Nous on veut lui faire faire du vélo mais... C'est pas applicable à son mode de vie.

Donc principalement c'est quoi, retrouver une qualité de vie?

EAPA03: Ouais de façon globale oui, qualité de vie, autonomie...

EAPA01: Autonomie ouais!

EAPA03: Ça reste très général hein mais ouais... très général, physique, bien-être, psychologique.

EAPA02: Que ça reste plus long dans le temps aussi.

MG01: Je suis persuadé qu'il y a une grande part de psychologie... aussi.

EAPA03: C'est ça et puis comme on disait aussi, l'estime de soi, comme vous disiez tout à l'heure.

EAPA01: Et social! En fait c'est ça c'est bio-psycho-social, c'est vraiment un tout.

EAPA03: Et social on en n'a pas vraiment parlé, mais c'est vrai que pour la population vieillissante aussi, fin juste le fait d'être en groupe et de partager quelque chose en groupe, rien que ça on sent que les gens ils... Fin en rééducation ce type de populations on les reçoit 2 à 3 fois par semaine.. Ça redonne du goût même à la rééducation en elle-même, quand ils sont vus en individuels... Fin je pense que c'est bien complémentaire, juste pour ça, y a des fois au niveau physique j'ai pas plus d'intention que d'entretenir ce qui est déjà fait, mais c'est juste... Voilà y a des échanges, des trucs qui se passent et... ça c'est... c'est toujours un plus. Après voilà on est en structures et l'après... c'est toujours difficile à gérer.

MG01: Je pense que c'est ça le plus difficile. Le nombre de patients notamment gériatriques, à qui je dis «mais sortez, allez rencontrer d'autres personnes, y a des associations 3e âge, des clubs, machin...», et ils vont un soit pas oser y aller...

MG03: Bah non, ils vont pas aller voir des vieux [haha]

MG01: [amusée] Non mais même, fin... n'importe quel... fin c'est vrai mais c'est très dur de leur faire sauter le pas, il y en a ils s'enkystent dans le je déprime chez moi tout seul, parce qu'ils ont pas ce petit coup de pouce pour leur faire passer le pas de la porte.

OK, on va passer à un autre thème, la relation entre médecin généraliste et EPA. Est ce que vous dans vos structures, vous travaillez avec des médecins généralistes qui vous adressent directement les patients? Qu'est ce que vous attendez... enfin à votre avis, vous en tant que MG et vous en tant qu'enseignants APA, quel doit être le rôle du médecin? Est ce qu'il signe le certificat et il vous laisse bosser? Est ce que vous en attendez plus de lui? Est ce que vous pensez, vous, qu'il faut vous impliquer la-dedans aussi ou est ce que vous signez le papier et l'enseignant il se débrouille?

EAPA03: Non c'est quand même un guide le médecin, quand même un minimum...

C'est à dire?

EAPA03: Bah il nous cadre un peu, je vois par exemple dans tout ce qui est cardio-vasculaire, c'est lui qui va peut être prendre les devant sur faire un test à l'effort, soit pour nous dire «bah pour telle pathologie, vous ne dépassez pas tant», ou alors il faut une surveillance TA, fin voilà... Après je parle aussi parce que nous on reçoit des post-op et qu'on a besoin un petit peu de ce cadre là, mais on a besoin d'aide, fin d'être guidés quoi, et puis d'avoir un retour...

MG01: Mais du médecin généraliste je ne sais pas. Parce que honnêtement moi je ne me sens pas capable de dire «tant d'heures»... Plus le spécialiste peut être.

EAPA03: Non mais pas forcément tant d'heures mais de... de dire bah voilà faut pas qu'il dépasse tant niveau tension par exemple. **Après par exemple comme disait MG03 tout à l'heure, dans le cadre de la prévention du vieillissement. Le spécialiste, gériatre de l'hôpital, il va pas voir tous les vieux qui vont faire du sport... Est ce que là, vous justement, ce rôle... Alors effectivement tu as clairement mis le doigt dessus, pas forcément à l'aise...**

MG01: Ah bah clairement pas! On est pas du tout formés là-dessus, c'est quelque chose d'assez nouveau.

MG02: Tout à fait. On n'y connaît rien.

MG01: Espérons que les nouvelles générations seront formées à ça.

Est ce qu'il n'y a quand même pas un rôle à jouer du médecin?

MG01: Si, je pense qu'il y en a un, mais en l'état actuel des choses, des formations que l'on a reçues...

MG02: Ça reste flou je trouve, fin on n'est pas du tout formés à ça.

MG03: On se connaît pas... On se connaît pas on sait pas ce que vous faites, désolé je triche, mais c'est aussi l'avis de quelques confrères... On sait pas ce que vous faites, ce décret a été pondu comme ça, on nous a dit «maintenant, vous allez prescrire du sport sur ordonnance»...

MG01: C'est ça!

MG03: Bah oui mais... mais moi je sais pas ce que c'est, je sais pas ce que vous faites, je sais pas ce qu'on est censés adapter, euuh... Quels sont les retours, j'en sais rien. Donc euuh... oui, il faut, il faut effectivement travailler ensemble, qu'on se connaisse, que chacun sache ce que fait l'autre... Donc vous le rôle des médecins vous savez à peu près ce qu'on sait faire, mais nous on sait pas trop... Donc à part passer par les médecins de structures qui connaissent ce que vous faites, c'est eux qui vont adapter, qui vont faire

ça, jouer le rôle du chef d'orchestre, qui vont vous.... vous driver... mais nous on en est incapables, parce que on... faut qu'on fasse cette formation!

MG01: Oui oui oui, on serait formés on serait plus à l'aise...

MG03: Et du coup on va se contenter de «vous avez besoin de sport? Je vais vous faire une prescription...», un peu comme pour les kinés quoi maintenant. On fait une prescription de kiné, «ah vous mettez plus le nombre de séances?», donc on dit «non non c'est le kiné», qui est censé faire un bilan à l'entrée et un bilan à la sortie, franchement... vous en recevez? Allez un ou 2 par an!

MG01: Jamais!!

MG03: Et encore c'est parce que c'est des gens que je connais bien et on travaille ensemble depuis longtemps... mais voilà. Peut être que les médecins du sport, auront un peu plus l'ouverture et qu'ils pourront un peu plus vous orienter mais je suis pas sûr, je suis pas sûr...

EAPA03: Mais même en fait, en structure, ça arrive de temps en temps qu'on ait des précisions comme ça, mais sinon c'est «prescription d'APA» et voilà...

MG01: Bah parce qu'en fait on ne sait pas!

MG03: Je reviens sur Leirens, à Leirens on avait une balnéothérapie. Bien, on va mettre les résidents dans la flotte chaude... «Dr c'est quoi les contre-indications?»

[Long silence puis rires]

MG03: Ils sont épileptiques, ils ont des problèmes de mobilité, ils ont plein de trucs, d'accord? Alors la seule contre-indication que j'ai trouvée c'était les problèmes aigus.

EAPA01: Dermato aussi non?

MG03: Problèmes aigus, c'est à dire que la dermatose chronique qui est calme, ok... Mais avant de trouver ça, ça a pris un peu de temps. Au début c'était compliqué quoi, je veux dire qui est ce qu'on met dans la flotte? L'épileptique, la séquelle d'AVC, y avait un kiné qui s'en occupait une fois, après c'est des éducateurs de vie donc formation zéro, on fait comment? Là c'est avec le temps qu'on arrive à trouver... un équilibre, savoir quoi faire, mais quand on nous a pondu ça on nous a dit «vous allez faire ça à partir de maintenant», bah très bien mais...

EAPA03: Quelqu'un qui est assez stabilisé par rapport à sa maladie finalement...

MG03: Oui voilà

EAPA01: C'était quoi la question?

Quelle doit être, actuellement en gros bien souvent... actuellement le médecin signe le papier et voilà... Mais selon vous quel doit être son rôle? Est ce qu'il doit plus s'impliquer, est ce qu'il doit euh... est ce qu'on doit en rester là, à signer le certificat et puis voilà?

EAPA01: Nous clairement euh...

EAPA03: Bah bien sûr que non!! Après effectivement, s'il y a un manque d'infos...

EAPA01: Ca dépend de la casquette. La on parle des médecins de ville, des médecins généralistes?

Oui

EAPA01: Ouais OK. Parce qu'en structure, clairement le rôle du médecin c'est le prescripteur. Le médecin il prescrit, et nous on fait notre bilan, on fait nos séances. Le médecin généraliste, à mon avis lui il a un rôle... plus important que ça et il doit être plus impliqué que le médecin de structure parce que... en structure c'est facile nous on doit communiquer. Là vous voyez vous parlez de vos bilans kiné qui arrivent pas... mais euh, en fait le même problème il va se poser il va falloir qu'on vous communique nos bilan APA de début, et puis après qu'on vous dise le patient il évolue de telle manière et puis quand il est sorti et quand il a fini le programme euh, bah euh finalement son bilan il a évolué de telle façon. Et là le rôle du médecin bah ça va être de réussir à... je sais pas comment dire, à créer un lien en fait avec euh, avec ce qui s'est passé pendant le programme. Ca va être un rôle partagé en fait, entre l'EAPA et le médecin prescripteur, de créer ce lien et de, de... de faire le suivi en fait, de l'évolution du patient...

MG01: Et piqûre de rappel après. De... de rappeler au patient «bah voilà vous aviez fait ça»...

EAPA01: Voilà, c'est ça!

MG01: Piqûre de rappel auprès du patient.

EAPA01: Ouais, enfin en partie et puis aussi simplement de dire euh... voilà quelle a été l'évolution quoi. Nous on lui dit et puis après il revient vous voir et euhhh... et vous pouvez le constater aussi.

EAPA03: De connaître et lui dire «bah voilà vous avez été capable de marcher tant de temps, et puis vous avez fait ci, vous avez fait ça»...

EAPA01: Exactement, «maintenant votre test de marche il s'est amélioré»... Ou si ça revient, que le patient vous dit «bah je suis incapable de faire ça... Ah bah pourtant c'est pas ce que je vois...»

EAPA03: Et puis a priori vous aviez pas mal... Fin voilà quoi!

EAPA01: Oui c'est ça! Donc ouais c'est vrai que là le médecin... C'est... bah du coup on part d'un peu plus loin, mais le médecin généraliste c'est vrai qu'il devrait pouvoir être aussi moteur de ce truc là quoi, pas seulement prescripteur. C'est...

MG03: Compliqué

EAPA01: Bah ouais compliqué!

MG03: Rends-toi compte que ce sera pas possible, avec ma petite expérience et mes années de pratique ce sera pas possible... Parce que ce ne sera possible qu'à travers des médecins impliqués, des médecins intéressés par ça. Peut être les futures générations seront impliquées, dans la formation, dans les connaissances, mais nous qui sommes déjà installés, à part se former, aller voir ce que vous faites et comment vous faites, et avoir des retours...

EAPA01: En fait c'est ça qui est intéressant, ce que vous avez dit là... sur le fait que vous savez pas ce qu'on fait...

MG03: Parce qu'on va envoyer 2-3 patients, et puis on aura pas de retours... Je vois la même chose avec... avec les soins à domicile on a mis en place une structure de... je change de sujet désolé... de... pour les démences précoces... avec des aides à domicile, des psychologues, des neuropsychologues, qui viennent à domicile et qui permettent de travailler euh, quelque chose qui va pas bien, et de passer le relais après à la famille pour entretenir ça... Pfiou, c'est compliqué, y a que 2-3 médecins prescripteurs sur

l'agglomération... Donc à mon avis on va avoir le même problème, c'est à dire qu'on va envoyer parce qu'on nous a dit qu'il fallait le faire donc on va le faire... On aura pas de retour, donc on va pas continuer... on le fera plus après. On va pas s'embêter à perdre plus de temps à faire des trucs, si on doit décrire ce qu'on fait, je sais pas comment on fait j'ai jamais fait encore... Mais si on doit décrire la problématique les objectifs... pfiou, ça va être chaud... après je le dis mais si y a pas un échange en retour, l'information, si vous prenez pas le taureau par les cornes pour aller voir les médecins traitants de ville, pour leur dire «voilà nous on fait ça, on a des médecins de structure... c'est des médecins rééducateurs, je pense... qui mettent sur pieds le programme avec nous», euh voilà... Même le médecin rééducateur hein, pour avoir des infos c'est... compliqué.

MG02: Si ça se développe c'est faisable mais... il faut qu'on soit... mieux informés je pense.

EAPA01: Après y a déjà un problème que l'on peut pointer... à ce moment là de la réflexion, c'est que... nous les EAPA... au niveau de ... de l'identité, de qui on est, de ce qu'on fait...

On va y arriver, on va y arriver! Encore une question et après on y arrive. Votre rôle justement, dans cette relation là... vous avez parlé de retours, de potentiels compte-rendus, que l'on ne voit pas forcément avec les kinés... A votre avis... le rôle de l'EAPA, dans la relation simplement avec le médecin généraliste, c'est quoi? Est ce que justement... il fait son truc et le patient retourne simplement voir son médecin généraliste quand il a fini son processus en lui disant «bah j'ai fait ci ça ça», ou est ce que justement il faut plus de retours, un retour systématique? A votre avis comment est ce que ça peut le mieux marcher?

EAPA03: C'est un idéal, après... ça...

EAPA01: Ouais c'est ça!!

EAPA03: Bien sûr qu'un retour c'est souhaitable.

Actuellement c'est fait?

EAPA03: En structure plus facilement. Maintenant on a pas assez de recul avec le SSO pour le moment.

EAPA01: Après je pense que ça va se faire parce que... en fait je sais paaaaas... je sais pas le réseau si ils renvoient les bilans une fois qu'ils ont fini. En gros nous on se fait prescrire par les médecins généralistes, le patient il passe par une association, l'association elle donne des RDV, nous on les voit on fait un bilan initial, 16 semaines et un bilan final. Eeeet on compare les tests du bilan initial et du bilan final. Je sais pas si ce bilan il est envoyé après au médecin. J'espère que c'est le cas, je pense que c'est le cas. Et le retour il se fait comme ça en fait... il se fait par le fichier qui repart au médecin pour qu'il voit que le patient il a fait ses tests initiaux ses tests finaux et la progression.

EAPA03: Les objectifs, fin voilà c'est pas que des chiffres hein!

EAPA01: Non non y a aussi la motivation du patient, est ce que les objectifs sont atteints.

EAPA03: Et vers qui on l'oriente après.

MG03: On a pas besoin de tout nous. On a juste besoin de l'évaluation des objectifs de départ et puis ce qui a été fait. Après votre source de travail votre cuisine c'est à vous, à vous de le garder hein. Honnêtement on ne le lira pas. Mais c'est vrai qu'être en copie euh... avec tous les outils modernes, les e-mails et compagnie je veux dire... Rajouter un e-mail c'est parti c'est crypté et on reçoit dans notre truc... Mais même ça on ne l'a pas des kinés.

MG01: Oui c'est vrai que le tout détail du bilan on n'y comprendra rien.

EAPA03: Oui mais savoir juste qu'il a participé, qu'il est motivé, qu'il a progressé...

MG02: et les quelques pistes vers où l'orienter

EAPA01: Après on ne va pas se mentir mais là c'est parce que... parce qu'il y a une secrétaire qui le fait hein... là ça fonctionne parce qu'il y a des secrétaires, l'association, c'est elles qui s'occupent de tout ça. Mais est ce que nous... bon il faudrait c'est sûr dans l'idéal...

EAPA03: Oui c'est ça c'est un idéal!

EAPA01: Mais est ce que dans la réalité «paperassique», on pourrait l'envoyer à chaque fois... «ah bah c'est tel médecin qui a prescrit celui là»...

MG03: Ah bah pour le secrétariat on est d'accord!!

EAPA01: Voilà est ce qu'on le ferait vraiment?... Il faudrait c'est sûr, mais il y aurait quelques... disons quelques pertes.

EAPA03: Oui il y a un système d'organisation à trouver, qui soit bien huilé, pour ne pas qu'il y aie de perte d'information.

EAPA01: Et nous on fait plein de trucs en fait, par exemple ce truc là de SSO c'est 2h par semaine, mais à côté on a nos boulots, à côté on a nos autres casquettes, fin voilà quoi...

EAPA03: C'est sûr que dans l'idéal, oui. Maintenant, comment? Ca reste encore à définir...

EAPA01: Bah là c'est comme ça. Pour le moment sur le réseau ça tourne comme ça. Mais globalement, sur une plus grande échelle euuuuuh, voilà. Est ce que c'est cette solution la meilleure?

OK, ensuite on va passer au concret, au sport sur ordonnance en Haute Savoie. Est ce que vous en tant que médecins généralistes vous en avez entendu parler, est ce que vous savez exactement ce que c'est, est ce que vous sauriez comment faire entrer un patient dans le concept?

MG02: Moi pas. J'en ai déjà entendu parler mais après... Concrètement... comment faire? On connaît pas.

MG01: On ne sait pas ce que c'est et on ne sait pas à qui adresser surtout.

MG02: Oui voilà.

De ce que vous avez entendu, en gros on vous a dit quoi?

MG02: Qu'on pouvait prescrire du sport sur une ordonnance [rires], et voilà, c'est tout.

MG03: Moi la seule action que j'ai vu passer c'est... le médecin sport de l'HPSS qui a organisé une soirée de formation avec un EAPA... Voilà, je n'étais pas disponible, parce que je suis souvent en vacances [rires]... je prépare ma retraite... Et j'ai demandé à une association de formation continue qui avait organisé une soirée de débat sur ça, le sport sur ordonnance... J'étais absent, j'ai demandé à obtenir les... la paperasserie ou de refaire une autre session et j'ai pas eu le droit, on m'a dit non c'est pas possible, donc

je sais pas de quoi ils ont parlé je sais pas ce que c'est, et même les gens qui n'ont pas pu y aller on n'a pas eu le droit d'information... Mias donc je ne sais pas ce que c'est le sport sur ordonnance, je sais qu'on peut en prescrire mais qui? Quoi? Comment? On part de très loin.

[Les EAPA sourient]

Allez y, feu!

EAPA02: Bah vas y toi tu avais commencé tout à l'heure.

[EAPA01 fait passer des formulaires de prescription, des coordonnées et une fiche de renseignements patients dans le cadre de sa structure].

EAPA01: Je vous fais passer... Ca c'est le flyer.

EAPA03: Ouais mais après ça c'est comment ça se passe ici mais le problème c'est que c'est pas....

EAPA02: Bah déjà on n'a pas d'identité...

EAPA01: Bah disons qu'il y a 3 secteurs...

EAPA02: Tiens tu veux ça?

EAPA01: Non je voulais le truc pour les médecins... Y a un document qui dit aux médecins comment orienter...

EAPA03: Oui, mais parce que là à travers le réseau ACCCES on fonctionne comme ça mais c'est as pareil partout...

MG01: Ah je savais pas que c'était par là que vous... Enfin ACCCES je connais!

EAPA01: Donc en gros pour la Haute Savoie il y a 3 secteurs... Le Chablais, le bassin Annécien et la vallée de l'Arve... Les médecins doivent remplir un petit formulaire que je vous ai fait passer avec le patient, qui contient un test de motivation, euh une échelle d'activité physique, et en gros euuuh très succinctement les antécédents et les pathologies. Ensuite le patient, une fois qu'il a son certificat médical signé, qu'il a rempli son consentement et son petit questionnaire, il appelle le numéro qu'il y a sur la première page. Il arrive chez ACCCES, qui est l'association qui est financée par l'ARS... pour délivrer le programme de sport sur ordonnance. Quand il arrive chez ACCCES on lui donne un RDV pour qu'il aille faire une évaluation sur une matinée... fin 1 heure sur une matinée. L'évaluation elle consiste en un test de condition physique où on évalue l'endurance, un test des 6 minutes de marche, la force, un test assis debout, la souplesse, eeeet... l'équilibre. Ça dure une heure. En même temps on discute un peu avec le patient, on voit ses motivations, on lui demande ses objectifs... et puis ensuite il choisit un créneau pour venir une fois par semaine une heure et demie, pendant 16 semaines. Et ensuite à l'issue de ces 16 semaines, il revient faire le bilan, on refait les tests, et voilà... et ensuite le bilan est normalement envoyé au médecin, ce qu'on disait juste avant.

Et ça... en fait nous on s'est faits recruter par ACCCES, c'est ACCCES qui est venu nous chercher en disant «bah on aaaaa... un financement, une possibilité de le mettre en place, on a de l'expérience parce qu'ils fonctionnaient déjà en réseau en oncologie, et puis dans le Chablais il l'avaient déjà fait aussi... Du coup est ce que vous voulez le mettre en place dans la vallée de l'Arve?». Les médecins ont été motivés, c'est les médecins aussi hein... Ils ont été au courant avant nous. Euh quels acteurs on va mobiliser? Est ce que ce sera des kinés? Est ce que ce sera des APA? Et finalement... Parce que dans la loi il y avait aussi les kinés. Et ACCCES connaissant bien l'APA ils ont recherché des profs APA eeeet... on a répondu à l'appel, et ça a mis un peu de temps à se mettre en place mais maintenant on a commencé là ça fait 6 semaines...

EAPA02: 8 ouais

EAPA01: Ouais voilà, donc on a les premiers patients qui ont commencé les programmes euh depuis 8 semaines... on est sur notre premier cycle donc c'est vrai qu'on n'a pas énormément de recul sur... sur la suite etc

EAPA03: Bah là on va patauger un petit peu dans le sens où pareil on a peu de patients prescrits, des fois il y a vraiment des différences de niveau très grandes... voilà on va patauger un peu comme ça mais c'est normal... Après c'est les débuts, on verra déjà lundi on a une réunion...

Parce que là on nous impose un truc, un espèce de protocole en fait, parce que c'est aussi amené à être étudié en fait... donc on nous demande de faire un cycle de 16 séances de voilà telle activité, telle activité, telle activité...

MG03: Et dans le Genevois y a rien...

EAPA01: Peut être pas... Je crois pas.

Non pas pour l'instant.

EAPA03: Après c'est la grosse difficulté c'est que ça c'est le sport sur ordonnance mais après chacun fait à sa sauce... Nous on fait ça mais voilà après vers Chambéry ou bien Albertville ça ne fonctionne pas pareil quoi...

EAPA02: C'est un réseau qui fait son truc

EAPA01: Chaque secteur organise comme il veut...

EAPA03: Ouais y a rien de nationalisé.

Tout à fait, c'est ce que vous disiez c'est que l'initiative est locale, souvent ce sont des réseaux et ça se limite à des cantons souvent. Après les patients vous les recrutez comment? Uniquement de la vallée de l'Arve? Ou est ce que vous recevez des patients de... j'en sais rien du Genevois?

EAPA01: Bah non mais après faut qu'ils viennent aux séances quand même...

EAPA03: Le truc c'est ça en fait, c'est que ça doit se faire sur un bassin relativement petit parce que les personnes faut bien qu'elles puissent venir.

EAPA02: On a déjà du mal à avoir assez de patients donc les faire venir de loin...

EAPA03: Bah oui faire 30 min de route... c'est pas forcément évident!

OK. Est ce que vous pouvez nous décrire par exemple les séances? Comment ça marche? Dans votre programme les patients doivent venir...

EAPA01: Dans ce programme là ouais.

EAPA03: Oui, des patients qui peuvent se déplacer...

MG01: Et ça n'existe pas eeeeen... hospitalisation par exemple? Les mêmes principes d'activité physique adaptée mais en hospit?

EAPA01: Ah si, mais pas sur un programme comme celui là

EAPA03: Moi je bosse en centre de rééduc...

EAPA01: Moi en clinique...

MG01: Et à ils sont adressés par les médecins rééducateurs ou...

EAPA03: Là ce sont des gens qui sont à la maison, qui peuvent... par exemple EAPA02 il a 2 anciens patients à moi en fait qui sont rentrés chez eux donc c'est top et voilà ils sont dans le réseau.

MG01: D'accord. En fait le problème c'est qu'on ne sait pas à qui adresser... c'est vraiment, je trouve que c'est ça, la première étape c'est ça. C'est qu'on ne sait pas où ça se fait, alors on se doute que dans les centres de rééducation il y en a...

EAPA01: Ouais mais c'est même pas la même chose.

MG01: Alors il faudrait nous qu'on appelle le centre de rééducation, pour nous, nous renseigner...

EAPA01: Non mais même pas, c'est pas la même chose!

MG01: Non mais peut être que eux ils vous connaissent.

EAPA01: Ah ouais que eux pourraient dire... orienter. Mais non, à mon avis les interlocuteurs privilégiés c'est l'ARS ou la DDJS... fin c'était DDJS avant ça a changé, cohésion sociale...

La jeunesse et sport.

EAPA01: Oui la direction départementale jeunesse et sport un truc comme ça, qui eux connaissent peut être... peut être... les acteurs qui proposent ce genre de choses. Mais en fait on n'est plus dans le cadre d'un parcours de soins genre «vous vous êtes fait les croisés, vous vous faites opérer et puis vous allez dans un centre de rééduc». Donc du coup, les structures elles sont pas dans ce truc là. Nous on travaille en structure et sur ce projet en libéral à côté. Donc oui moi ma structure je vais voir mon médecin généraliste et je lui dis «bon bah ce patient il rentrerait bien faites lui», je lui donne ce dossier là et du coup j'en profite... Mais voilà parce que c'est moi et de façon globale ça ne fonctionne pas comme ça.

Justement, le système actuel ça se fait plus à l'initiative de qui? Des EAPA? Du médecin? Du patient? De... de, de l'entourage, je sais pas?

EAPA03: A priori il y a quand même pas mal de médecins...

EAPA01: Médecins et nous... Mais nous, employés de ce programme. Pas euh... tous les APA qu'il y a dans le 74. Par contre les médecins qui sont au courant, eux ils prescrivent. On commence à avoir un petit peu de monde.

Les médecins qui prescrivent ce sont des médecins que vous aviez rencontrés?

EAPA03: Oui. La plupart en tout cas. Pas tous mais la plupart.

MG03: En libéral?

EAPA01: Oui. Sur une ou 2 réunions comme ça. A l'initiative d'une ou 2 hein. C'est simple on a reçu un mail.

EAPA03: Moi j'ai reçu un...

EAPA01: En fait c'est de circonstance. Il y a une... Je pense que c'est une seule médecin généraliste, qui doit être dans une assoc avec d'autres médecins parce qu'ils font les gardes ensemble ou d'autres choses comme ça... et ils se sont dit «OK bah on va faire le sport sur ordonnance, comment on fait?», et en fait eux ils ont envoyé un mail aux kinés... A tous les kinés qu'il y avait euuuuh... dans la vallée. Et moi ma sœur elle est kiné. Du coup elle me dit «mais j'ai reçu ce mail, c'est pour toi ça, c'est pas moi qui m'occupe de ça c'est de l'APA». Du coup moi j'ai pris mon téléphone et j'ai dit «ah bah j'ai vu que vous avez envoyé ce mail là, moi je suis prof APA, machin». Et du coup ils avaient désigné un médecin qui devait contacter tous les APA, mais il devait être occupé ou il a oublié de la faire, du coup j'ai profité de ce créneau là pour dire bon bah voilà... j'ai envoyé de messages à ceux que je connaissais.

EAPA03: Moi j'avais déjà été contactée par le médecin généraliste en question.

EAPA01: Et du coup on a participé aux réunions pour monter le réseau quoi. Et puis après, de là on en a fait 2 ou 3 où euh... on s'est présentés aux médecins on leur a dit ce qu'on faisait, les médecins eux se sont demandé comment s'organiser, ils ont beaucoup communiqué avec le médecin coordonateur d'ACCES.

EAPA03: Qui a pas mal d'expérience parce que du coup lui il a été à l'initiative du projet dans le Chablais, et même sur Saint-Etienne aussi...

EAPA01: Et donc au fur et à mesure des réunions on a réussi à récupérer des salles, à s'organiser pour les évaluations, avoir le matériel etc etc...

EAPA03: Ouais le gros du travail c'était organisationnel en fait, il fallait que les mairies, que les privés, veuillent bien nous donner accès à leurs locaux, nous les prêter quoi parce qu'en fait le budget pour la location... Donc ça on a réussi à avoir, un petit budget quand même matériel, on essayait de trouver sur les séances, et puis à partir de là...

EAPA01: Quand tout a été bon, on a lancé, donc ça fait 8 semaines. On a des salles pour les séances, des salles pour les évals.

EAPA03: Et puis on a eu des réunions aussi avec certains kinés, inquiets qu'on leur pique leur travail...

EAPA01: Après ils avaient pas le temps les kinés... de le faire, fin en gros ça les intéressait pas

EAPA03: Non, non, il y en a qui sont intéressés parce qu'ils ont des gens qu'ils voient au cabinet de façon hyper et chronique et qu'ils savent pas euuuuh trop quoi en faire.

EAPA01: Ah oui intéressés pour nous les envoyer.

EAPA03: Voilà, ils sont intéressés pour nous les envoyer eeeeeeeet... a contrario il y en a d'autres qui étaient quand même dans la suspicion...

MG01: Et donc faut quand même que les communes soiiiiient... accompagnantes là dedans, sur le projet.

EAPA01: Alors là c'est pas les communes du tout, c'est que des privés.

EAPA03: Nous on a que des privés pour le moment. Après je pense que certaines communes euuh... fin, par rapport aux horaires c'est pour ça aussi... par rapport à nous nos dispos eeeet... quels créneaux on pouvait... mettre en place, c'est vrai que les privés c'était quand même plus simple... Quand on a déjà une salle plus le matériel à dispo euuuuh... fin c'est génial quoi!

MG01: C'est des privés deee...

EAPA03: On a une salle de sport classique, qui fait du Fitness euh, tout ce queee... fin voilà on peut faire dans une salle de sport, on a... une salle qui fait essentiellement du pilate et puis de la petite gym, on a une salle...

EAPA01: Le VSHA qui nous prête une salle. Ca ne vous dit rien le VSHA?

MG01: Non.

C'est une fondation de SSR, privé à but non lucratif, qui a plusieurs SSR. C'est des SSR tout ce qu'il y a de plus classique.

EAPA03: On a aussi le mountain store du coin qui nous prête leur salle de conf en fait pour faire euuuuh...

EAPA01: Nos évals ouais.

En terme de coût?

EAPA01: En terme de coût c'est tout financé par l'ARS via ACCCES. De ce que j'ai compris c'est ça. Et du coup bah euh...

EAPA03: Pour le patient c'est 30 euros.

EAPA01: Ouais 30 euros les 16 séances.

Voilà du coup le médecin généraliste il dit quoi à son patient s'il demande «combien je vais payer?»

EAPA03: Mais le truc en fait et c'est ça qui est pénible c'est que c'est tellement local queeeee...

EAPA02: Ca dépend des endroits

EAPA03: Ici c'est comme ça ailleurs c'est... c'est différent. Après dans l'idée de toute façon c'est sûr que les patients ne payent pas trop cher.

EAPA01: A Strasbourg c'est gratuit. Pendant 2 ans, ils viennent et ils font leur truc.

MG01: Moi j'avais entendu parler en effet du projet de Strasbourg ou effectivement là ils étaient vachement investis.

EAPA03: Mais parce qu'ils ont sûrement des subventions.

EAPA01: Et puis parce que ça a été la région pilote du programme et que du coup eux ça fait 5 ans que ça existe donc du coup euuuuh ils sont mieux organisés. Mais le coût c'est ça c'est 30 euros pour le patient pour l'ensemble du programme, et ce qui est financé c'est euuuuh...

EAPA03: Bah c'est nous on coûte cher hein!

EAPA01: C'est les séances d'APA, c'est la rémunération des intervenants... Parce que les locaux du coup c'est gratuit euuuuh, le matériel bon bah ils ont mis un peu au départ et maintenant ça y est... Et donc c'est la rémunération des intervenants.

Et en terme de locaux c'est prêté gracieusement? Ou ACCCES donne quand même un peu d'argent?

EAPA01: Non non tout est financé gratuitement.

EAPA03: Non ils se sont tous engagés.

EAPA02: Ils ont fait des conventions et voilà.

EAPA03: Après certains c'est pas forcément désintéressé hein... bah la salle de gym il est hyper intéressé quoi

EAPA01: Tu peux fidéliser!

EAPA03: Je pense qu'il est motivé après à avoir un intervenant APA dans sa structure hein... donc euh... c'est donnant donnant en fait.

Parfait. A votre avis... Première question, il y a 2 possibilités. On voit qu'il y a beaucoup de patients qui relèvent duuuu... de l'activité physique adaptée et du sport sur ordonnance en ville, mais il y a une très faible proportion de ces patients là qui en font effectivement... Soit c'est parce qu'il y a pas de prescription, soit c'est parce qu'il y a de la prescription et qu'ils n'y vont pas. A votre avis dans la première hypothèse, quels sont les freins à la prescription? Qu'est ce qui fait que les médecins généralistes ne prescrivent pas?

MG02: Bah le manque de connaissance sur le sujet!

EAPA03: Il n'y a pas de formation

MG03: Il faut un formulaire tout prêt où l'on n'a plus qu'à signer. Non mais c'est pas une blague. La plupart des confrères ils vont pas dire «bon bah je prescris du sport sur ordonnance», il faut un modèle tout prêt...

EAPA03: Oui c'est sur nous le notre y a des cases à cocher, 3 mots à mettre et voilà

MG03: Des choses pratico-pratiques.

D'une part il y a donc on disait un manque de formation, peut être un petit de deeeeeeeee... de flemme, pas le temps d'aller dire «bon bah comment je fais pour aller prescrire du sport sur ordonnance»...

MG02: Oui, oui tout à fait, aller rechercher tout ça on n'a pas forcément le temps...

MG03: Si on a des preuves c'est efficace, que ça apporte vraiment des choses vraiment positives on prescrira... Mais il faut des retours.

MG01: Et pour avoir des retours il faut les évaluations... A terme quoi... A 6 mois. Parce qu'effectivement si on dit juste «bon bah c'est bien, au bout de 16 semaines il galope» entre guillemets. Après effectivement s'il n'y a pas d'autres choses... c'est dommage, et ça tombera à l'eau je pense. Faut qu'il y ait un suivi...

Alors les Chablais ils ont fait une première étude, un sujet de thèse d'un interne où ils montraient que sur les échelles de qualité de vie ils gagnaient une dizaine de points sur 100. Je crois qu'ils ont le même protocole que vous, 12 ou 16 semaines...

EAPA03: C'est pas exactement pareil, ils choisissent l'activité eux... Alors ils se sont rendus compte... Ils nous ont proposé ça parce que justement que les gens choisissaient par défaut plutôt le créneau horaire qui les arrangeait et pas l'activité.

Et donc a priori sur cette première étude sur Thonon il y avait quand même des bénéfices retrouvés.

MG01: Oui mais à combien de temps? Genre 6 mois après ouuuu...

Je ne sais pas mais il me semble que c'était à la fin effectivement.

EAPA03: Mais ça ça paraît presque évident en fait...

EAPA01: Mais ça ça a été archi-documenté... l'intérêt de l'activité physique... je crois que c'est plus à débattre.

MG01: Oui fin après voilà... faudrait qu'il y ait des études à plus long terme après...

EAPA01: Ouais

EAPA03: On en revient encore une fois à l'après! L'après... c'est là où pour le moment il y a du travail encore à faire... C'est en train de se développer hein mais c'est tellement local que... même nous je suis sûre qu'on sait même pas qui intervient dans le coin. Je suis sûre qu'il y en a qui font du domicile ou qui font des trucs comme ça...

EAPA01: Il y a une carte sur le site de la SFP APA. Allez y hein [rires].

Et là après, dans le sport sur ordonnance, est ce que vous avez plein de monde, est ce que vous êtes complets ou est ce que vous avez encore des places et vous cherchez des patients?

EAPA03: Bah là c'est le début mais... Fin ça démarre plutôt bien.

EAPA01: Ouais mais on recherche quand même. On a 1 créneau qui n'est pas ouvert. On a 4 créneaux dispos on n'en a que 3 d'ouverts.

EAPA03: Après c'était la volonté de n'ouvrir que 3 créneaux.

EAPA01: Oui mais parce qu'il faut attendre que les groupes se remplissent

EAPA03: Parce que par expérience, Michel nous avait dit «on n'en met que 3» pour avoir des créneaux qui soient fournis.

EAPA01: Ouais ouais on est d'accord. Mais ça fait 8 semaines on n'a pas non plus 36 patients quoi.

EAPA03: Non mais pour des débuts c'est pas si mal.

EAPA02: Après on va peut être voir des nouveaux seulement maintenant.

EAPA01: En tout cas on recrute encore.

Et à votre avis, en dehors de ce «début d'activité», pourquoi vous manquez de patients comme ça?

EAPA03: Bah comme a dit EAPA02, c'était l'été en fait, les gens «oui mais moi je vais partir en vacances» etc.

EAPA01: Et puis on a bien une culture de la rentrée scolaire en France, «voilà septembre, je commence OK, cette année j'y vais» donc je pense que ça va redémarrer un peu plus là... Après euuh, fondamentalement il y a sûrement pas assez de prescription hein, c'est sûr... là si on regarde....

EAPA03: Après peut être que les gens sont moins allés voir leur médecin traitant l'été.

MG03: Moi je n'ai eu aucune demande de la part des patients...

MG02: Ouais, c'est complètement méconnu je pense des médecins... et des patients.

EAPA02: Ils savent pas non plus en fait

EAPA03: Les seuls à la limite qui vont vous demander c'est ceux qu'on aura interpellés... «demandez à votre médecin!»

MG03: C'est bien beau pour nous médecins de prescrire un truc mais si les gens ça ne leur parle pas... C'est aussi ça hein

EAPA03: Ah ouais, ouais

MG03: C'est aussi ça hein... Y a pas que les médecins qui doivent être informés, il y a aussi les patients... Il paraît que les patients... ont des droits maintenant [rires].

EAPA01: C'est vrai...

Et ça justement, dans l'activité de médecin généraliste, il y a beaucoup de formations à la prévention etc, l'obésité, tabac, alcool, etc. A votre avis est-ce qu'un médecin informé... et qui sait de quoi il parle c'est mieux pour informer les patients?

MG01: Ah bah si, c'est évident ouais! Tout passe par l'information, et la connaissance du sujet.

Et qui informe le patient?

MG03: Le problème c'est que dans le Genevois on n'a pas de structure on n'a rien. Donc même si on informe le patient il va nous dire «on fait quoi?», bah on fait rien. Donc on n'en parle pas.

EAPA03: Bah c'est logique.

MG03: Une fois qu'il y aura une structure sur le bassin... Je parle du Genevois là hein.

EAPA01: Oui, oui!

MG03: Une fois qu'il y aura quelque chose qui sera en place, on sera informés, là on pourra attaquer nos patients et leur dire «vous allez là bas». Là je ne peux pas vous amener... ou alors à vélo mais bon c'est pas raisonnable... Il y a ça aussi hein... on sait qu'on peut le faire, on sait qu'on peut... qu'on les autonomise, on sait pas trop ce qu'on va faire avec, mais pour l'instant... rien.

EAPA02: Bah oui s'il y a rien derrière...

MG03: Tant qu'on aura rien... Il y aura pas de prescription.

EAPA01: C'est ce qu'ils ont attendu... dans la vallée. Ca a mis 1 an et demi hein, les premières réunions c'est fin 2016 – 2017, donc c'est sr on a mis 1 an et demi à tout structurer et... pour commencer.

OK... on va passer à un autre thème. On a vu qu'il y avait des problèmes de prescription, qu'il y avait du manque d'information a priori, un manque de communication aussi... Euuuuuh... Comment on peut faire, pour que vous enseignants APA ayez plus de patients, pour que vous, médecins généralistes puissiez orienter vos patients.... Justement à faire de l'activité physique? Qu'est ce que vous pourriez proposer?

MG01: Bah que quand il y a une structure qui s'ouvre de ce type là euuh, quand il y a un organisme moteur, que l'ARS fasse le relais aux différents professionnels de santé du coin... Que ce soit les kinés que ce soit, bon même si malheureusement peut être y en a qui sont suspicieux, euuh les hôpitaux, les centres de rééducation, les médecins qu'il y ait des relais comme ça... Après il y a des campagnes nationales d'information, donc pourquoi pas là dessus aussi? Régulièrement on reçoit des affiches à mettre dans nos salles d'attente, «zéro alcool pendant la grossesse» bon bah... après faut pas que ce soit... le problème de ces affiches là c'est que c'est souvent noyé dans plein d'affiches euuh... plein de choses mais...

EAPA03: Y a certaines mutuelles aussi qui étaient partantes pour rembourser... certains clubs ou associations étaient... labellisées sport santé. Ca ce serait un chouette truc.

Après une association sport santé... toujours pareil hein niveauuuu... financier, est ce que ça rentre dans le même cadre que vous? Est ce que le patient il paye 30 euros pour aller faire son sport santé?

EAPA03: Non mais après sport santéééé...

EAPA01: Il paye une adhésion si c'est une association

EAPA03: Si déjà la mutuelle elle s'engage à rembourser euuuuh... tant... je crois qu'en général c'est pas mal.

EAPA01: C'est comme ça que ça se passe.

EAPA03: Et en plus de ça ce sont des assoc ou des clubs donc c'est pas non plus euuuuh... des sommes astronomiques.

EAPA01: C'est une licence.

EAPA03: 100, 200 euros.

EAPA01: C'est ce que tu dis hein. Moi j'avais discuté avec des collègues qui travaillent sur les mutuelles qui remboursent... En gros c'est ce qu'ils disent, ils disent «si vous avez un patient qui potentiellement pourrait en bénéficier, il souscrit à la mutuelle, et en gros cette mutuelle là pendant 2, 3, 5 ans, ça dépend dans quelle case il rentre, elle va lui payer sa licence», donc euh voilà si c'est 200 euros l'adhésion, et bah pendant 3 ans elle lui payera les 200 euros.

MG01: Ca dépend le prix de la mutuelle... Enfin on en revient toujours au même problème...

EAPA01: Ah ouais non mais c'est sur, ça dépend de... voilà, ça dépend d'où est ce qu'il rentre, c'est.. ça dépendra fondamentalement du niveau social de la personne aussi c'est toujours la même chose.

MG01: Bah niveau social et handicap.

EAPA03: Ah oui handicap aussi

MG01: La patiente dont je vous parlais tout à l'heure, douloureuse chronique bah du coup maintenant elle est au chômage parce que... elle ne peut plus travailler actuellement, elle est retournée vivre chez ses parents, elle n'a pas de revenus, euuuh... elle peut à peine se déplacer en voiture pour venir me voir au cabinet... Et elle me disait mais... ne serait-ce que... ça peut nous paraître dérisoire comme somme 200 euros par an... Elle elle a du mal à les sortir je pense.

EAPA01: Ah non non mais c'est sur.

MG01: Et bah en plus c'est tout ce qui était prise en charge dans les centres etc. Là pareil il y a souvent une part prise en charge par les mutuelles etc, et là encore c'est «combien coûte cette mutuelle là?». Les mutuelles peut être qui remboursent l'activité physique, bah c'est peut être pas les plus... Fin les moins chères quoi.

EAPA01: Ouais bien sûr. C'est vrai. Dans tous les cas les moyens c'est ça c'est de la communication, c'est ce qu'il nous manque. De l'information à tous les niveaux, patients, prescripteurs, euuuh... APA, et euh... et de la communication... Enfin franchement [soupire], faut aussi que ce soit organisé, pour moi, plus haut.

EAPA03: Après, quels moyens de comm' aussi, c'est ça le truc.

EAPA01: Faut que ce soit organisé au niveau national, parce que comme tu disais tout à l'heure des campagnes d'information il y en a, sauf qu'aujourd'hui ça dépend de la région... Donc chaque région fait son petit truc... Donc est-ce qu'on peut tout centraliser je sais pas!!

D'un point de vue national ça paraît assez compliqué...

EAPA03: Bah déjà au niveau région ou département...

Avant de penser à national, là on est même pas à départemental... Et effectivement vous avez mis le doigt sur quelque chose... Est ce que ça améliorerait les choses de «lisser les protocoles»... d'un point de vue départemental, régional, ou même national si c'est possible? Est ce que ça améliorerait les choses?

MG01: Bah on peut pas dire parce que c'est le début de tous ces programmes et aucun n'a été évalué donc il faut d'abord évaluer les programmes individuellement, et puis piocher dans chacun des programmes je pense ce qui ressort de plus efficace, de plus bénéfique pour le patient. C'est tellement tout neuf que...

MG02: Et de partout en plus.

MG03: En théorie tu as raison... Mais en pratique tu es en Haute Savoie. Et la Haute Savoie c'est pas lisse comme histoire. C'est à dire que tu as des vallées... Et les vallées ne communiquent pas entre elles.

EAPA03: Bah on voit bien hein, nous on avait essayé avec la vallée de Cham et bah pffff...

MG03: Donc euuuh... On s'est identifiés comme ça. C'est historique, c'est politique, c'est tout ce que vous voulez, et c'est même médical... Y a des réseaux de gérontologie dans la vallée de l'Arve euuuh... Annecy, euh... Genevois, Chablais, et on ne sait pas ce que font les autres... Quand on veut participer à une action que fait un réseau... par exemple d'Annecy... Il faut quasiment une autorisation du préfet quoi... On en est là, on en est arrivés là... Donc tant qu'il y aura ça en Haute Savoie ce sera très compliqué de lisser le niveau... Parce que chacun prêche pour sa paroisse, pardon pour sa vallée... Et c'est très compliqué... Les moyens de communication c'est pareil, c'est complexe... Donc il y a cet aspect là, historique, qui est tout con, mais qu'on ne retrouve pas dans d'autres départements... Alors on parlait de réseaux, ça marche très bien en géronto, ça diffuse, etc. Mais ici, non! Il y a nos montagnes qui nous empêchent de communiquer... Et on passe pas d'une vallée à l'autre comme ça... Et ça il faut peut être pas l'oublier dans... dans développer des structures comme ça... Pourquoi l'Arve s'étend pas jusque chez nous?

EAPA03: Non mais c'est sûr, c'est hyper cloisonné... Cham, l'Arve, etc.

MG03: Donc après, moi je ne fais pas de politique hein, je ne fais pas de choses comme ça mais c'est un constat. Pour faire sortir de l'endroit où vous êtes ici, pour construire, ça peut prendre des décennies. Pour regrouper toutes ces structures là. On est vraiment dans cette problématique là, typique de la Haute Savoie, et dans tous les domaines... Et la médecine en fait partie aussi. Et ça c'est quelque chose qu'il faut forcément intégrer quand on veut faire quelque chose ici.

EAPA01: Après c'est sûr que lisser le protocole ce serait bien mais euuuh... Ce serait bien mais il faut laisser des marges de manœuvre aussi euuuh... à chacun.

EAPA03: Un peu d'adaptation ouais... Il y a déjà des trucs à redire mais...

EAPA01: Il faut de toute façon laisser des marges de manœuvres, et il faut le structurer. Il faut que tout le monde fasse la même chose peut être en terme de durée, peut être en terme d'évaluation, ça ça paraît normal et ça pourrait peut être après être étudié et puis documenter, si on ne fait pas tous les mêmes tests ça ne marchera jamais... Mais par contre le contenu même du programme, ça doiiiiit... ça doit pouvoir être adapté à tel ou tel secteur, telle ou telle pathologie euuuh, voilà on va peut être avoir plus de patients...

EAPA03: Si on nous dit de faire de la marche urbaine, bon c'est quand même dommage... Même nous ça parle pas tellement ni à nos patients ni à l'environnement dans lequel ils sont, dans lequel ils vivent...

MG03: De la marche sur benne?

EAPA01: Urbaine

MG03: J'ai compris «sur benne», je me suis dit c'est quoi encore ce nouveau sport? [rires]

EAPA03: Voilà c'est des petites choses comme ça après...

Après on a aussi évoqué le manque d'information... Comment remédier à ça?

EAPA01: Je sais pas, il y a pas des médecins qui font de la comm non? [rires]

MG03: Le peu de médecins qui font de la comm, c'est compliqué [rires]. Bah faut s'appuyer sur ce qui existe, hein, sur les réseaux qui existent... On parlait du diabète, de l'obésité, il y a des réseaux qui existent, en gériatrie il y a des réseaux aussi... Donc ils ont déjà tout un système de communication, de relais... Mais tu verras quand la structure existera, il faudra communiquer dans un premier temps autour de ces réseaux et ensuite ces réseaux vont passer le message... à nous qui sommes sur le terrain... Et il faut aller voir les gens qui sont sur le terrain!

EAPA01: Doit y avoir une structure qui soit capable de diffuser euuh... l'information, nous nous faire connaître...

MG03: Bah plusieurs, il y a les sociétés savantes, l'ordre des médecins, fin y a pas mal de... de choses en milieu gériatrique il y a ce qu'on appelle les CLICS, des réseaux d'information, qui ont un rôle très puissant sur le Genevois et il suffit d'intégrer que vous existez, que vous amenez quelque chose, et sur une plaquette... donc il y a des tas de choses qui existent.

Après l'idée c'est quoi? Faire des répertoires? De vous votre profession? Vous en tant que médecins généralistes vous aimeriez avoir quoi comme infos en plus? Alors peut être que ce soir ça vous a donné un peu d'infos sur eux...

MG02: Bah oui, clairement!

Mais comme type d'information? C'est à dire est ce que vous pensez que c'est mieux justement de se rencontrer?

MG01: Oui je pense! En plus grand groupes.

Est ce que c'est mieux qu'il y ait, je sas pas un flyer «enseignant APA c'est quoi?», est ce que euuh... un répertoire, sur papier, sur internet, sur un site, j'en sais rien... Mais à votre avis quels sont les meilleurs moyens d'informer les médecins, que les EAPA se fassent connaître et que vous vous puissiez mettre vos patients dans le système?

MG02: Je pense que se rencontrer c'est le meilleur moyen.

MG01: La réunion d'information c'est le plus évident, parce que les flyers c'est pareil euuh... y en a beaucoup qu'on reçoit...

MG02: Pour l'ouverture d'une clinique ou d'un service machin...

MG01: On le lit des fois pas du tout, en le lit des fois en diagonale.

EAPA03: Après c'est sûr c'est évident, mais en même temps on a bien vu que réunir des gens c'est quand même pas simple.

MG01: Non, voilà c'est pas simple, mais c'est le moyen le plus efficace.

Après sur la pratique...

MG01: Non et puis c'est un travail de longue haleine hein, ça ne se fera pas comme tu dis, ça a mis un an et demi déjà à démarrer euuh...

EAPA03: Je pense que les gens qui viendront seront des gens qui seront déjà sensibles au sujet et seront déjà motivés par tout ça.

Comme ce soir hein.

MG02: Oui c'est sûr.

EAPA03: De toute façon ça tourne avec ces gens là hein, ceux qui ne sont pas intéressés dès le départ, vont pas plus s'impliquer quoi.

Quand tu dis ceux tu parles de qui?

EAPA03: Bah certains médecins en fait, peut être que certains ça ne leur parle pas du tout, ils n'ont pas envie de s'engager là-dedans, et puis, fin voilà quoi, comme dans tout...

MG01: C'est une question de motivation des patients ET des prescripteurs.

On n'en avait pas parlé de ça, de la motivation des patients. Effectivement le patient vous pouvez lui en parler autant que vous voulez, s'il n'a pas envie d'y aller il n'ira pas...

EAPA03: Non bien sûr...

Mais effectivement il y a quand même quelque chose à faire, il peut y avoir des patients qui sont motivés et on ne sait pas trop où les adresser, quoi leur dire... Et donc c'est ça un petit peu la question finale, c'est comment faire pour que vous d'un côté vous puissiez avoir plus de patients et que vous, vous puissiez euh... dire à votre patient qui vient «bah faites du sport, oui mais docteur je fais comment?»... Comment on peut faire pour que vous vous ayez les infos à donner... Alors on a dit tout à l'heure, se rencontrer... En pratique, et MG03 nous donnait un exemple tout à l'heure... «je peux pas, je fais nocturne au cabinet»... Alors est-ce qu'il faut répéter les réunions?

MG01: Ah bah oui... C'est pas en une fois!

Est ce qu'il faut faire les 2?

EAPA03: Je pense que d'envoyer un truc, comme ça c'est...

EAPA01: Ouais je l'ai déjà vu, vous l'avez vu, peut-être que ça fait partie aussi de la prise de décision de se déplacer... «J'ai vu que ça existait», et du coup «qu'est ce que c'est en fait?»... Bah c'est peut être l'occasion concrète de savoir... C'est sur, fin le plus large sera l'éventail le plus de chances on aura de toucher une cible.

MG01: Il faut probablement pas taper que sur un mode d'information.

Un autre mode dont on n'a pas parlé, dont MG03 parlait tout à l'heure, «nous on est installés, on sera forcément moins sensibilisés»... Est ce qu'il faut que dans nos études?

EAPA02: Ouais en parler avant.

MG02: Bah oui, si ça se développe ça va venir.

MG01: Oui mais... enfin je parle pour moi, ce qui me pose le plus de problèmes c'est le contact avec la structure qui le fait... Donc faut que ce soit organisé et fixe... Et on fait nos études à Montpellier on peut s'installer en Haute Savoie... Ca n'a rien à voir!

MG02: Oui mais c'est comme les réseaux qu'on crée ici, une fois qu'on a créé notre réseau professionnel...

MG01: Oui mais du coup, les études, c'est bien de parler du principe global de l'activité physique adaptée, maintenant les cordes pour le mettre en application, beeeeen... Non ça ne marchera pas si on s'installe à l'autre bout de la France... Si ce n'est pas les mêmes structures, si ce n'est pas le même relais. Si le relais par exemple à chaque fois c'est l'ARS, OK. On sait, on appelle l'ARS, ils nous donnent les coordonnées... Mais il faut qu'il y ait un relais fixe.

EAPA03: Il faut aussi une certaine dynamique aussi parce que là finalement il y a quand même une dynamique de médecins aussi chez nous... Même si l'ARS voulait, s'il n'y a pas de dynamique des médecins derrière...

EAPA01: Bah l'ARS, je pense qu'elle n'a rien proposé de toute façon, enfin je sais pas comment ça s'est démarré...

EAPA02: Elle finance le réseau mais rien de plus.

EAPA01: C'est pas l'ARS qui a appelé Estelle pour lui dire «faut faire quelque chose», c'est plutôt l'inverse.

MG01: Non mais déjà s'il y a une structure qui se répète... Genre l'ARS il y en a une dans chaqueeeeee coin, que un médecin qui est déjà effectivement intéressé par le principe, peut contacter pour déjà avoir les contacts locaux... Et ça je pense que c'est de ça qu'il faudra parler mais... pendant les études euuuuh... externat internat.

MG02: Les bases

EAPA01: Mais est ce que vous voyez pendant vos études, est ce que vous voyez euuuuh... les diététiciens ils font ça, les kinés ils font ça...

MG01: Très très peu!

EAPA01: Ouais donc en fait c'est la même chose...

MG01: On le voit si par exemple quand on passe en gériatrie euuuuh, on a une heure où on peut se permettre d'aller voir ce que font les kinés en salle de kiné par exemple... Mais c'est des initiatives souvent personnelles...

EAPA01: D'accord. Ça fait pas partie du...

EAPA03: Le rôle de chacun, enfin de chaque paramédicaux...

EAPA01: La psychomotricienne, l'ergo, tout ça

MG01: Nous on est biaisés parce qu'aussi, on ne fait que nos études en hospitalier.

MG02: Tout à fait!

MG01: Maintenant ça se développe, moi j'ai une collègue qui est maître de stage, et elle encourage ses internes... c'est vrai que c'est pas obligatoire mais c'est intéressant... Elle les incite à, une matinée, aller faire une tournée avec les infirmières qui travaillent avec nous... Ils vont voir comment travaille le podologue, comment travaille le kiné... Mais c'est, voilà, je pense que ça va se développer avec les SASPAS, les stages prat.

MG02: Bah ça serait bien parce que c'est notre quotidien quand même.

EAPA01: Du coup là intégrer à ce moment là euuuuh... «Qu'est ce que c'est qu'un APA, qu'est ce qu'il fait» quoi... Mais nous de notre côté faut qu'on soit ancrés quoi... Ce qui n'est pas forcément le cas... En tout cas ça ferait partie d'une dynamique quoi... Comme ça pendant la formation, ils savent déjà ce que c'est, et quand on arrive sur le terrain, ça va plus vite quoi...

Après comme tout le monde a dit ce soir, voir ce que vous faites, ça rassure forcément.

EAPA01: Même si vous ne l'avez pas vu en fait!

MG01: Au moins l'entendre! Parce que en pratique je ne sais pas si ce serait faisable, déjà qu'on n'a pas suffisamment de temps pour aller euuuuh... aller voir toutes les spécialités qu'on est censés un peu gérer dans notre travail...

EAPA03: Non mais après là à l'issue... du lancement, il y a quand même une comm qui doit se faire au travers d'un journal... Fin voilà ça pourra être relayé aussi euuuuh... Fin ils ont une mailing quand même...

EAPA01: Aux autres médecins?

MG01: Oui mais il faut les lire après...

EAPA01: Bah oui, tu reçois plein de trucs.

Si tu veux quand tu es... quand tu t'installes, tu es obligé de t'inscrire au conseil de l'ordre, et tu donnes ton mail... Sauf que moi par exemples tu vois pour ma thèse j'ai envoyé au conseil de l'ordre, qui envoie au 600 ou 700 médecins de Haute Savoie, et euuuuh.... Je suis pas le seul interne qui fait ça, pas le seul professionnel de santé qui a fait ça... Et il y a beaucoup de médecins, bah ils ont pas envie de tout lire non plus...

EAPA01: Oui bah c'est sur.

Mais ça fait beaucoup de solutions proposées!

EAPA03: Elles sont pas toutes simples mais ouais...

OK. Après donc en termes de protocole, comment vous voyez la suite? C'est dire euh... est ce que justement vous voyez euuuuh, même si politiquement c'est compliqué... Est ce que vous voyez quelque chose justement de départemental ou est ce que vous voyez plutôt des trucs un peu locaux où on laisse de la liberté? Est ce qu'il faut plus de protocoles? Qui doit être à la base du truc?

EAPA03: Moi je pense franchement qu'il faut de la liberté, il faut s'adapter à l'endroit où l'on est et à la population qu'on a, sinon ça va être compliqué, fin là on se retrouve déjà dans des trucs où on est un petit peu en difficulté alors euuuuh... Je pense qu'effectivement on peut se mettre d'accord sur des évaluations...

MG01: Ouais les grandes lignes...

EAPA03: Ca ca peut le faire après le support il peut rester libre pour moi en fait... Après c'est bien de tester effectivement différentes façons hein, la vision de dire là pour nous euuuuh, sur les 16 séances, on propose différentes activités pour essayer de susciter de la motivation ou du plaisir dans au moins une activité c'est bien, que de faire 16 séances sur la même activité parce que si dès le départ finalement bah... ça lui plaît mais moyen bah il a fait 16 séances un peu dans le vent...

EAPA01: Il ira pas au bout... Au bout de 3...

EAPA03: Ou alors il ira au bout parce qu'il aime très fort son médecin et son intervenant et puis il fera plaisir jusqu'au bout et après... hop là... maiiiiiis... ouais je pense qu'on doit avoir un peu de liberté mais en même temps tester des protocoles ça donne aussi des idées justement pour eeeeeuhhh... pour la suite.

MG01: Je suis pas convaincue des protocoles moi pour le coup...

EAPA03: Non moi non plus, au final non mais euuuuh.

EAPA01: Ouais mais c'est les règles du jeu en fait.

EAPA03: Ca nous permet de nous rendre compte de certaines choses par exemple quand ils ont proposé les créneaux avec différentes activités c'est bien aussi de présenter différentes activités mais en fait finalement les gens choisissent en fonction du créneau qui les arrange... Donc finalement ça ne marche pas non plus... Donc voilà c'eeeest... c'est pas top, mais n'empêche que ça amène à

avoir aussi euuh... des billes pour justement euuh... affiner après par la suite des choses... L'idée de proposer plusieurs activités je trouve ça pertinent, imposer certaines activités un peu moins je trouve.

EAPA01: Mais je pense que le protocole c'est la règle du jeu si on veut que ce soit euuh... Plus étendu, on ne peut pas chacun faire une initiative locale sans faire tous la même éval, sans faire tous euuh...

MG02: Une base quoi

EAPA03: Non mais les évaluations, on peut se mettre d'accord je pense dessus.

EAPA01: Faut qu'il y ait une base ouais c'est ça! Faut qu'il y ait une base et après euhh...

EAPA03: Tant de temps, fin cycle de temps.

MG01: Tous dépend de ce qu'on met dans le protocole... Si c'est juste protocole, tel évaluation avant, tant de séances de tant de minutes, après vous mettez ce que vous voulez dedans, et telle évaluation à la fin, et l'évaluation elle est commune...

EAPA03: Ca va ça reste gérable.

EAPA01: Après faut s'appuyer sur ce qui existe déjà je pense qu'il y a plein d'études euuh... sur ce qui fonctionne pour telles pathologies, il faut faire un peu d'aérobie, un peu de renforcement musculaire. Si on n'en fait pas du tout, ça serait dommage. Donc il faut aussi que dans le protocole, ce soit intégré avec les connaissances actuelles euuhh...

EAP03: Oui la réflexion aussi... Comme on disait après on a des groupes qui sont très hétérogènes.

EAPA01: Oui, oui, oui, oui! Après c'est ce qu'on disait hein, faut adapter à chacun et à ce qui fonctionne pour telle pathologie c'est vrai... C'est vrai... Après si on a beaucoup beaucoup beaucoup de patients...

EAPA03: Dans beaucoup d'activités tu as autant d'aérobie...

EAPA01: Oui c'est vrai, ça se retourne aussi pas mal... Mais si on a énormément de patients on pourrait dire on affine, et dire «bah ça c'est le groupe des Parkinson, ça c'est le groupe des personnes en surpoids» et...

MG01: Est ce que ce serait pas justement intéressant de mixer les pathologies?

EAPA01: C'est qui se fait actuellement ouais.

MG01: Pour que du coup ils se retrouvent pas justement dans une catégorie, une case, à se morfondre les uns sur les autres parce que eux aussi ils ont une raideur et que justement ils voient plein de handicaps différents, qu'ils voient que les gens qui ont d'autres pathologies ils arrivent aussi à faire quelque chose...

EAPA03: Non c'est vrai que c'est bien d'avoir aussi un peu de mixité, après on ne peut pas non plus tout... enfin des fois ça ne marche pas quoi.

MG01: Oui oui... non non... oui oui, il fat un tronc commun.

EAPA01: Voilà, il faut que ça reste dans les mêmes ordres de grandeur de capacités parce que sinon... c'est dur quoi.

EAPA03: Parfois on a affaire à des hémiplégiques euh, c'est quand même très compliqué de pouvoir mixer... enfin la marche ça devrait aller mais, les autres activités ça va être un peu plus compliqué quoi... C'est tout de suite plus compliqué...

EAPA01: En fait c'est plus en degrés d'autonomie qu'il fat réfléchir je pense... Tel degré d'autonomie euh ils peuvent être là dans ce groupe, et tel autre dans un autre groupe... Plus que par pathologie effectivement.

MG01: Le sport anonyme, comme alcooliques anonymes [rires].

Encore une dernière question, vous en avez parlé tout à l'heure... Vous vous êtes en structure, le «après». Qu'est ce qu'on fait?

EAPA01: Oula vaste sujet!

On a encore un peu de temps [rires]

EAPA03: Bah ouais le «après» c'est ça qui est compliqué... Bah ça dépend euuuuh... ça dépend, moi j'essaye au maximum de ce que je peux, de travailler là dessus... On parle encore du dos parce que c'est principalement ces personnes là que j'ai en chronique on va dire... C'est pendant les séances mais c'est aussi euh... à travers les petits ateliers, c'est préparer l'après, les amener à changer leurs habitudes de vie... Alors euh... voilà on voit comment c'est possible, on peut passer par la structure, l'associatif, c'est identifier leurs motivations, c'est plein de choses en fait... Mais si ces gens là ils ne sont pas amenés à réfléchir dès maintenant, on sait que pertinemment qu'on en perd 90%... C'est sûr et certain... Et bah voilà, on change les habitudes il faut un certain nombre de jours, si on n'arrive pas déjà à mettre ça en place sur 30 ou 40 jours euuh... Ca ne se fera pas. Donc ça et aussi travailler en réseau avec certaiiiiiins... certaines structures, moi je bosse dans un truc de handisport Haute Savoie, où je suis amenée à faire des sorties découvertes euuuuh... voilà en fonction des projets du patient, euuuuh... Il y a aussi les associations qui sont dans le coin, qui permettent de pratiquer encore... alors là on est plus sur le handisport ou sport adapté... Handisport on va dire que c'est plus ce qui concerne le handicap moteur et adapté plutôt mental mais c'est souvent aussi associé à du moteur... Et on travaille aussi avec ces structures là on a aussi euuuuh... plus pour les chroniques euuuuh... on a cœur et santé... Qui est un club qui a été monté qui est intéressant... Voilà on essaye de bosser un petit peu avec les structures environnantes, un peu, alors après ça dépend... Moi j'ai des patients qui ne viennent pas de la vallée de l'Arve ou ailleurs et là ça devient plus compliqué... J'ai des notions des fois quand ça reste dans la région mais sinon après je suis paumée...

MG03: Mais ils font leurs 16 séances et basta? Ils ne peuvent pas revenir faire 16 séances l'année d'après?

EAPA01: Pas dans ce programme là.

MG03: C'est nul leur truc là...

EAPA01: Le programme il a été conçu pour être un tremplin pour la suite...

EAPA02: Ouais voilà... Pour mettre le pied à l'étrier

MG03: Oui mais on sait très bien que pour motiver les gens...

EAPA03: L'idée c'est pas ça mais ils n'ont pas été catégoriques... Quand même là dessus.

MG03: Sur le fait qu'ils ne peuvent pas revenir?

EAPA02: Ouais on en a déjà vus dans d'autres programmes...

EAPA03: Ils ne veulent pas en fait dire ça aux gens pour éviter qu'iiiiils... qu'ils se disent qu'ils ne vont rester que là dedans en fait.

EAPA02: C'est ce que les gens recherchent du coup...

EAPA01: Mais je pense que ça c'est à mettre dans le bilan initial...

MG03: Vous allez être obligés de réévaluer les gens, de refaire des séances à distance... Nous on a les mêmes problèmes en soins à domicile avec ces structures pour les démences débutantes où effectivement il y a des choses qui sont mises en place, et on s'est redus compte qu'il y avait une demande des gens pour réintégrer cette structure et rebénéficier de ça... Travailler la même chose ce qui avait pas été suffisant...

EAPA03: Mais financièrement ce ne sera jamais viable en fait, on y arrivera pas...

MG03: Pourquoi?

EAPA03: Bah parce que l'ARS ils ont tant de budget et queeee...

MG03: C'est sur le budget de l'année d'après!

EAPA03: Si c'est amené à ce qu'on grossisse, enfin je pense qu'ooooooooon...

MG03: Bah oui mais les budgets de l'ARS vous les renégociez en fonction deeee... tous les 2 ans, 3 ans je ne sais pas ce que c'est pour votre structure, ils vous donnent des sous et puis en fonction de vos objectifs atteints on vous donne les sous ou on vous en retire ou on vous en donne plus... l'ARS c'est un financeur c'est tout...

MG01: C'est le nerf de la guerre...

EAPA03: Parce que là on a un financement pour un an...

MG03: Parce que si ça marche pas l'ARS au bout d'un moment iiiils... c'est pas pérenne hein! D'où l'intérêt d'avoir une évaluation commune, d'avoir des choses reproductibles, c'est un peu ce que vous aviez dit... Alors c'est mon point de vue hein, parce que j'ai un petit peu travaillé avec l'ARS pour obtenir des financements pour d'autres choses, et voilà, je veux dire, au bout d'un moment on réévalue, ça a marché OK, on va vous redonner des sous, et si vous avez besoin de plus, c'est toujours possible, du moment que vous apportez du nouveau là et que vous montrez que ce que vous faites est bénéfique, ils vous redonneront des sous... Ca c'est sûr! Parce qu'il y a un intérêt. L'objectif de départ c'était les patients qui ont progressé... Mais à un moment donné ils progressent plus... Si ils sont motivés, et qu'il y a toujours la même problématique, ça peut être intéressant de les reprendre, et de retravailler ça aussi...

EAPA01: Bien sûr!

MG03: Nous on a eu cette difficulté là avec CASAA c'était des démences débutantes où les gens nous redemandaient des séances, et on a résolu le problème en changeant d'année, et tous les ans on peut refaire une série comme ça... On peut pas refaire 2 séries d'affilée, parce que c'est dans le même budget, dans la même surveillance... Et en faisant comme ça on arrive à entretenir des choses et à retarder la prise en charge de ces patients... Et puis c'est rassurant aussi pour une structure comme ça, parce que vous dites «c'est as rempli, est ce qu'on va remplir», tout ça, ça part en gros sur 1 vingtième des gens qui vont revenir régulièrement, ça fait un fond de commerce, c'est pas si mal que ça.

EAPA01: Après nous on avait pointé la problématique dès le départ, dès les premières réunions, quand ils ont dit euuuh... après les 16 il faut qu'ils intègrent le milieu ordinaire, on savait très bien par expérience que...

EAPA03: On a assez d'expérience pour dire que...

EAPA01: Que ça ne marchera pas!

EAPA03: Parce que il n'y a pas justement euh... enfin il y a rien qui correspond à leurs besoins.

MG03: Ouais mais c'est normal, l'ARS ils partent sur tant deeee... tant de mois de travail, et puis après ce sera à vous de montrer que bon, il y a un bénéfice à retourner avec ces gens-là.

EAPA03: Après financièrement effectivement si euuuh... nous on se met à euuuh... fin c'est pas l'ARS qui nous finance, c'est plus le même budget quoi... C'est plus pareil!

EAPA01: Ah bah ouais! Mais euuuh... On a une réunion lundi prochain, on re-rencontre le médecin coordinateur, pour parler des débuts du projet c'est euh... ça fait partie des problématiques qu'on va évoquer avec lui. C'est... qu'est ce qu'on propose après... comme traitement quoi! Mais est-ce qu'ils peuvent pas intégrer... Et puis il y a la question du financement parce queeee... il a envoyé un mail apparemment, comme quoi on ne serait pas... le projet n'est pas réélu pour euh... enfin c'est un peu du jargon pour moi mais... On ne va peut être pas avoir le financement pour les années qui suivent, c'est une autre association...

EAPA03: D'autres fédés...

En fait, le truc c'est qu'a priori tout en haut, le gouvernement dit que dans tous les départements où ça n'a pas forcément pris... qui sont ultra-majoritaires en France, euuuh... ils veulent a priori lisser, de manière départementale, donc euuuh... les ARS ont lancé des appels d'offre... a priori, moi c'est les dernières nouvelles que j'avais... Mais euh... pour qu'en gros il y ait un seul responsable départemental à chaque fois...

EAPA01: Ah ouais mais là c'est autre chose!

EAPA03: Du coup... [lit le mail] «c'est l'occasion de vous informer que nous n'avons pas été retenus pour le dossier du DAPAP qui a été attribué à l'UFOLEP»... Du coup c'est l'UFOLEP.

EAPA01: C'est quoi DAPAP?

EAPA03: Ouais... «qu'on passe une convention pour que nous poursuivions la gestion du programme passerelle sur le département»... Du coup c'est plus eux qui gèreront ça. De toute façon en a saura plus lundi.

OK... Bah moi je ne vais pas vous embêter beaucoup plus... Est ce que vous aviez quelque chose à rajouter?

EAPA02: Non, non.

MG01: On a ratissé large!!

Ouais. Euuuh... Est ce que vous, médecins généralistes, vous avez eu l'impression, en rencontrant les enseignants APA, d'apprendre des choses?

MG02: Ah ouais!

Est ce que c'est un peu plus clair pour vous, est ce que ça pourrait être utile à plus grande échelle?

MG01: Ah oui! Toujours le problème du contact...

Et est ce que vous enseignants APA ça vous a donné des renseignements complémentaires sur la relation que vous pourriez avoir avec les médecins généralistes dans le cadre du SSO?

EAPA03: C'est sur après... Ca confirme un peu les problèmes qu'on a pu soulever ou identifier en fait... De communication, de manque d'uniformisation un petit peu quelque part.

EAPA01: Oui et puis sur les attentes des médecins aussi parce que nous euh... sur ceux qu'on a rencontrés à Sallanches en fait, ça roulait et on avait pas forcément l'impression qu'ils avaient d'attentes vis à vis de nous, ils voulaient juste que l'on y aille quoi parce qu'ils pensaient que c'était super pour leurs patients!

EAPA03: Et puis ils avaient déjà peut être aussi un petit peu cette connaissance...

Et puis après, vous me dites ce que vous en pensez mais peut être qu'ils n'avaient pas d'attentes parce que vous vous étiez présentés aussi.

EAPA01: Ouais ouais ouais ouais peut être... Mais du coup, là ça permet euuuh... Ca a mis ça en évidence aussi, que vous attendez un retour, vous attendez l'organisation, savoir comment faire en fait.

MG01: Si le but c'est de rendre un peu pérennes vos actions après les 16 séances, si en plus on n'a pas de retour du tout, bah on ne peut pas faire écho quoi...

MG02: Et comme on ne connaît pas et qu'on ne sait pas...

MG03: Donc la prochaine réunion vous la faites à Mont Blanc gym et on vient en short et en baskets et vous nous faites une activité adaptée à chacun, ce qui nous permettra de mieux encore comprendre ce que vous faites et de motiver encore plus les médecins!

EAPA01: Parfait!

Ce ne serait pas une mauvaise idée.

MG03: On avait fait comme ça, une FMC locale, de 48 heures, un truc, je sais plus ce que c'était... Et la mode c'est au lieu de s'asseoir et de manger plein de trucs, c'était euuuh... Exercice physique avec un prof c'était dans une salle de gym... On avait fait ça sur 48 heures c'était sympa... On comprend un peu mieux parce que si, si, vous... on devient nous patients et qu'on subit euh... l'évaluation et tout ça peut être intéressant...

EAPA03: Rencontre «Viens avec ton médecin»! [Rires]

EAPA01: Non mais c'est vrai c'est pas mal ça. Je pense que ce serait bien de motiver les médecins à venir faire une séance... Bon après ce sera toujours pareil ce sera ceux qui prescrivent qui vont venir en fait.

EAPA03: Oui mais bon si ça permet enfin... vous travaillez pas tout seuls...

MG01: Oui voilà!

EAPA03: Ca permet un peu de parler, de discuter, de convaincre, un collègue qui était un peu sceptique...

Ouais puis celui qui ne prescrit pas, si vous faites... pas forcément des actions comme ça hein mais rien que des réunions d'information... Au bout d'un moment il va se dire «encore une réunion d'information», il va parler avec des collègues qui y sont allés, forcément il va peut être être un peu plus tenté... Alors après c'est chronophage, tout le monde ne peut pas y aller en même temps, vous les MG ça vous prend du temps aussi... Je l'ai expérimenté hein, j'ai lancé les premières demandes il y a 2 mois! C'est sur que trouver du temps où chacun peut aller c'est compliqué... OK, bon vous êtes les premiers du coup je vous demande un petit retour. Les questions tout ça vous en avez pensé quoi?

EAPA01: C'était bien.

MG01: Ca va, on retombe souvent sur les mêmes problématiques du coup... Mais ça guide bien. Alors peut être parfois fais attention tu donnes des problèmes et des solutions, dans ce que tu dis des phrases et après une question. Peut être pose juste la question ouverte, tu vois ce qui ressort, et après si tu vois vraiment qu'on cale, tu dis bah «par exemple».

EAPA01: Après on a compris les questions, on a répondu donc c'est bien.

Et puis vous avez tenu longtemps...

EAPA03: On a essayé en tout cas! Après c'est vrai que l'apport de solutions dans la comm, dans un truc comme ça on est un peu noyés quoi...

C'est normal! C'est pas l'objectif de pondre un truc à donner à l'ARS hein.

EAPA03: Non, non mais d'essayer...

L'idée c'est surtout de voir ce que les acteurs sur le terrain proposent, parce que c'est vrai que quand les grandes instances proposent des choses ce n'est pas toujours ce qu'il y a de plus adapté.

EAPA03: Non après je pense qu'il faut prendre du temps, s'appuyer ce qui fonctionne déjà depuis quelque temps... C'est vrai que cette loi elle a été balancée...

OK! Bon bah top!

Bah déjà merci à tous d'être venus, c'était un peu compliqué de trouver des dates communes pour tout le monde mais voilà maintenant que c'est fait je voulais commencer par vous remercier. Euh... Ce soir on est là pour parler du sport sur ordonnance, un petit peu des problèmes rencontrés par tout le monde, des freins un petit peu à la prescription puisque c'est quelque chose qui est maintenant ... va avoir bientôt 2 ans au niveau légal et des freins à la prescription et puis du coup essayer de trouver des propositions pour permettre de lever ces freins justement. Avant de commencer je vous laisse juste dire chacun un mot pour vous présenter aux autres. Moi je vous connais mais c'est peut être pas le cas entre vous.

Obs: moi je suis médecin aux urgences ici au CHAL et il a été interne dans le service, c'est comme ça que l'on s'est rencontrés. Je faisais la capa de médecine du sport au moment où il était dans le service. Comme il aimait ça et moi aussi, bah on en a parlé, et quand il a cherché un: «directeur de thèse c'est ça?», et ben j'ai dit pourquoi pas, moi j'ai jamais fait ça, c'est une première donc bah voilà. Maintenant c'est lui qui fait la totalité du boulot (rires). Le sujet de thèse on l'a trouvé à deux, ça me paraissait intéressant. Moi j'en avais entendu parler durant la CAPA, que ça allait se mettre en place parce que c'était avant que ça démarre moi. Et ça allait révolutionner le sport en France. Et puis à l'arrivée pas de constat du coup ouais c'était l'occasion de formaliser le truc.

MG04: MG04, je suis médecin généraliste et urgentiste, je suis pas médecin du sport. J'exerce en maison de santé dans la montagne, en maison de santé pluri-professionnel multi site sur Flaine et les Carroz à 80% et à 50% ici aux urgences du CHAL. Je fais beaucoup de traumatisme du sport mais voilà.

EAPA04: Ok moi c'est EAPA04, je suis prof d'activité physique adaptées et je fais partie du projet sport sur ordonnance dans la haute vallée de l'Arve, donc moi j'interviens à Sallanches. Ça a commencé cet été. Les premiers patients qui ont commencé les groupes c'était au mois d'août. Ça fait plus d'un an qu'on travaillait dessus et puis voilà.

MG04: Tu es à plein temps?

EAPA04: Non, pour l'instant j'ai une heure trente par semaine et un groupe, et après j'ai une activité en dehors.

MG05: Et tu es où tu as dis?

EAPA04: A Sallanches.

MG05: Et c'est quoi comme structure du coup?

EAPA04: Ah ça du coup de sport sur ordonnance? Du coup c'est ... J'avance sur le truc ...

Vas-y, Vas-y, j'enregistre tu peux y aller pas de problème.

EAPA04: Du coup c'est les médecins de la Haute Vallée de l'Arve (de Magland jusqu'à Chamonix) qui prescrivent des patients en ALD et du coup on les inclut pour une durée de 16 semaines à titre d'une séance par semaine. Et du coup ça c'est un projet qui est régi par un réseau qui s'appelle le réseau ACCCES et l'ARS par le biais de ce réseau rembourse la différence aux patients, ce qui fait une cotisation de 30 euros et nous on les prend en charge. En parallèle de ça j'ai une activité aux thermes de Saint Gervais. Je fais un petit peu d'APA (rires) et beaucoup d'autre chose.

MG05: Moi je suis installé au Grand Bornand. Pour la CAPA du coup je viens de la finir. Le sport sur ordonnance j'ai l'impression que c'est une grosse blague. En gros il n'y a aucune formation, il a y a rien. Moi je m'attendais ...

Nous c'est ce qu'ils nous avaient dis mais comme c'était pas en place on pouvait pas savoir.

MG05: Ouais ouais non mais cette année

Moi je voulais essayer de faire le DU cette année et il y a pas d'inscription.

MG05: En tout cas j'ai aucune info. J'étais intéressé et j'ai été déçu. Peut-être l'année prochaine, mais je ne la referais pas.

EAPA04: Parce que la CAPA c'est quoi?

MG05: C'est pour être, c'est pour les généralistes, c'est une capacité de médecine et biologie du sport.

C'est un diplôme de spécialisation en gros. C'est un peu au dessus du diplôme en valeur parce qu'il y a un mémoire, c'est un peu plus lourd à obtenir. En gros c'est un diplôme universitaire.

EAPA04: Et du coup y'a pas grand-chose sur le sport sur ordonnance?

MG05: Ah non non, et puis moi en plus la haut y'a rien. J'ai cherché mais il n'y a rien. Si tu connais un nom ça m'intéresse. Aux Aravis quoi genre Thônes. C'est intéressant du coup il y a peut être des choses à mettre en place je sais pas...

EAPA04: Bah oui il y a un an et demi il n'y avait rien du tout non plus à Sallanches...

EAPA05: Moi je suis enseignante en activité physique adaptée. Euhh... Alors moi où je travaille, je travaille à ... En fait moi j'ai toujours eu plusieurs temps partiels qui m'ont permis d'avoir un temps pleins. Depuis mars je suis sur l'hôpital de St Julien et mon autre temps partiel c'est en gériatrie à l'hôpital local de Reignier. Et avant d'être à l'hôpital de St Julien j'ai travaillé au réseau ACCCES pendant quelques années donc j'ai vu se lever le sport sur ordonnance, j'ai un peu participé aussi quand ça s'est développer. Pis voilà ... en diabétologie, cancérologie fin j'ai fais d'autres choses.

C'est la première personne que j'ai contacté moi je crois

EAPA05: Quand j'étais au réseau ACCCES

Ouais quand tu étais encore au réseau ACCCES

EAPA06: Donc moi je suis enseignante en activités physiques adaptées à St Julien en Genevois. Euh ... Donc moi je travaille depuis 10 ans en SSR, soins de suite de réadaptation cardiaque et pneumologie. Donc euh ... Après les SSR se sont développés petit à petit en ambulatoire et hospitalisation complète. Et j'interviens aussi à club cœur et santé à St Julien qui est aussi ici d'ailleurs. Club cœur et santé qui s'est étendu d'ailleurs, donc après à Sallanches aussi. Je sais pas si tu es au courant?

EAPA04: Oui si

EAPA06: Sallanches, donc au CHAL, St Julien ... A Thonon aussi il y en a un. Thonon-Evian, et puis ils aimeraient après dans le pays de Gex. Donc après ouais ça peut être des fois des ... Je sais que le club Cœur et santé, eux, avec la prescription, fin le sport sur ordonnance voulait après essayer de justement récupérer des gens après euh ... ces séances d'activités pour dire «bon bah voilà vous avez eu des séances maintenant, venez dans un club». Parce que finalement c'est plus un club cœur et santé, je dirais un club plutôt santé parce que l'on a tout. On a cardio, pneumo, des gens qui n'ont pas de pathologie. Ils prennent tout en fait. C'est un peu le ... plutôt

MG04: Qui est-ce qui finance ?

EAPA06: Ah ben c'est les gens qui payent.

MG04: D'accord. Avec des subventions, des aides ?

EAPA05: Non c'est juste les... Les locaux ?

EAPA06: Ouais alors les locaux sont prêtés. Là pour moi, pour ma part les locaux sont prêtés par l'État. Généralement ils cherchent des locaux qui sont prêtés. C'est ça le plus difficile. Et puis après ils embauchent des ... ben moi je suis rémunérée par le club. Pour faire ça en plus. Donc oui c'est pas gratuit pour les personnes ... le coût n'est pas non plus énorme.

MG06: Euh moi je suis médecin généraliste à Annemasse. Euh ... Donc en faite moi je me suis formé en phytothérapie et en faite je fais énormément de traitement de chose de fond, de terrain, de tous les problématiques métaboliques. Aussi les accompagnements au niveau euh ... je sais pas, des gens qui seraient en chimio avec le cancer etc... Euh ... Fin des accompagnements vraiment, fin beaucoup de choses de fond. Et toute la médecine fonctionnelle etc et en faite le sujet m'intéressait vraiment. C'est que le problème de la sédentarité me paraît vraiment un truc euh ... Ben source de problème voilà enfin cardiovasculaire, métabolique. Et du coup j'ai été vraiment curieux de savoir ce qu'il se faisait dedans. En faite là je suis en terme de... alors j'ai pas du tout de capacité de sport, de truc comme ça et du coup même si j'ai pu lire des choses comme des ... fin ... tout ce qui va être sport fractionné, des trucs comme ça, en terme de cardiovasculaire, c'est plus intéressant que du sport classique etc mais après pour avoir des choses un peu scientifiques, pour montrer des choses un peu structurées euh... Fin voilà donc là je viens surtout pour un peu m'intéresser au sujet et voir justement euh... Enfin moi je me rend compte que ce n'est pas plus développé que ça même pour ceux qui sont intéressés. Mais je suis curieux de voir... pour se former la dedans... pour la globalité.

Bon bah vous avez déjà dit pas mal de choses. Si vous continuez comme a je ne vais pas poser beaucoup de question. Euh merci. On va commencer par une première question. Une question un peu d'ouverture. Vous allez voir, les questions elles sont larges, l'objectif c'est que vous ratissiez large. Donc plus vous dites de choses, plus j'ai de matières pour bosser. Alors la 1ere question, question un peu d'ouverture, c'est quelle place, alors vous les enseignants APA ça va vous paraître con mais « quelle place accordez-vous à l'activité physique dans le prise en charge des patients? Et pourquoi? ». Le patient dans sa globalité euh vous pensez que l'activité physique elle prend quelle place, dans sa prise en charge ?

EAPA05: Nous on peut pas répondre. Je veux dire ... La place ...

Tout le monde peut répondre.

MG06: Fin moi ... Moi c'est pas ... Fin je dirais c'est pas tant euh ... Quelle est la place fin dans la prise en charge mais c'est plus les conséquences de la non activité en fait, qui est une catastrophe en fait et euh même ... Fin la j'ai plus les trucs en tête mais la sédentarité va être cause de vraiment de problématique cardio-vasculaire, métabolique. Et c'est vraiment dans la société occidentale c'est en explosion donc euh ... De pouvoir être former, de savoir ce qu'est-ce qui se fait, de ce qui est pertinent, moi ça me semble vraiment essentiel.

MG04: Chez les patients diabétiques, on prescrit des médicaments avec la quasi certitude qu'ils n'améliorent rien en terme de morbi-mortalité... donc peut être revenir à des choses simples comme la diététique et l'activité physique et leur faire entendre. C'est pas facile de leur faire entendre.

MG06: Ouais ...

EAPA05: Moi j'ai travaillé plusieurs années au réseau diabétologie quand il existait encore, et justement, il y avait un programme d'éducation thérapeutique pour ça. Et il y avait les médicaments oui, mais il y avait l'éducation diététique et l'activité physique qui était ... compliquée quoi

MG04: Oui mais en étant quasi persuadé ... en avançant dans la pratique que c'est beaucoup plus important que les médicaments [rires].

EAPA05: C'est ce qu'on disait, c'est que le médecin coordinateur disait. En première intention en fait c'était ça ouais.

Après vous par exemple les enseignants APA, vous vous situez où dans la prise en charge comme disait par exemple MG04, il y a les médicaments pour les diabétiques, l'activité physique adaptée par rapport à tout ça ? Peut importe la pathologie vous la situez où en terme d'importance?

EAPA05: Ça dépend de la pathologie. Suivant les pathologie, pour le diabète euh, l'activité physique fait partie de la triptyque du traitement... diabétique de type II surtout. Pour la cancérologie on sait que c'est le seul soin non médicamenteux reconnu comme ayant un impact sur la fatigue lié au traitement et aux effets secondaires des pathologies. Pour la cardio et la pneumo je vous laisse dire [rires]. Il y a un impact énorme, il y a une place qui est importante, qui n'est pas ... pas number one mais y'a de l'importance. Les effets néfastes de la sédentarité de toute façon ... on sait les dégâts ... Fin je vais pas que faire parler de moi allez-y!

EAPA04: Ouais et puis il y a des fois où si on parle de place c'est ... Moi si je prend le cas des patients atteints de problèmes cardiovasculaires à des moments ils vont avoir des traitements, enfin dans un premier temps et après l'activité physique va pouvoir prendre la place d'un traitement et du coup en supprimer. Comme certains traitements pour euh... anxiolytiques ou ce genre de choses qui sont parfois supprimés. Je sais pas si ... Fin ... si la place du coup est en premier ou après ... Après il y en a qui arrive à le faire de plus en plus. Je sais que moi j'ai fait un programme aux HUG qui faisait qu'on agissait, auprès de personnes atteintes de cancer, euh ... après le diagnostic, quand il y avait encore rien qui n'avait été fait euh en terme de traitement. Et du coup après ils évaluaient le parcours du patient et de ces traitements en fonction aussi des évolutions et de ce qui pourrait ce passer. Voilà je dis que ça pourrait aussi être un peu en même temps.

Et au niveau des résultats de tes évaluations par exemple tu as eu quoi?

EAPA04: Euh ... En onco euh ... du coup il y avait ... c'était plus, pas forcément, ils avaient pas forcément montré, moi je ne suis pas rester assez longtemps mais sur tout ce qui était chimio thérapie, radio, il y a pas eu de ... Je sais pas si on a démontré qu'il y avait vraiment eu une différence entre deux patients mais par contre tous les traitements qui pouvaient compenser certains troubles et palier aux traitements. Voilà après des problèmes pour la fatigue, pour l'endormissement, pour ce genre de chose y'avait moins de somnifères, moins de ... ce qui faisait que du coup ils avaient quand même un panel de médicaments moins important. Et après il y avait aussi, après ça c'est plus des études qui l'ont montré que j'avais lues, pas ce que j'ai fait moi c'est que par contre les chimiothérapies avaient, ont potentiellement un meilleur impact quand elles sont associées à l'activité physique. Donc elles sont plus efficaces quand les gens bougent un peu plus.

MG05: Moi je vois plus l'activité physique en pratique dans le bien-être du patient c'est à dire, fin je sais pas mais... la lutte contre la sédentarité surtout. Moi je sais pas toi là haut mais euh ... Moi je me rend compte qu'en fait la plupart ils sont pas sédentaires et j'ai de la chance pour ça parce que forcément faut qu'ils bougent et puis justement je leur fais, j'aime bien leur faire ... si tu veux ils se rendent pas forcément compte mais ils vont faire des randos, faire facilement trois fois une demie heure, une demie heure c'est le minimum, c'est euh ... Déjà leur rendre compte qu'ils font un petit peu d'activité physique et puis que ça leur donne un peu, pour des pathologies euhh... un peu un fil rouge, je sais pas comment l'expliquer. Et eux le savent hein, quand ils font plus leur rando, leur machin, leur sport, ils sont... C'est un marqueur de ... que ça va pas quoi. Mais voilà en pratique hein, y'a aucun, y'a rien de scientifique la dedans, c'est pour ça moi ça m'intéresse aussi, avoir un réseau une structure ça peut être intéressant pour essayer de comment... de ... je sais pas comment expliquer, pour que ce soit concret pour les gens quoi, pas seulement ce que je dis moi ... je sais pas si ...

MG04: Ben après, après moi je trouve le terme «sport sur ordonnance» un peu trivial, enfin, comme l'éducation thérapeutique. C'est un concept qui ... mais c'est juste faire votre rôle de soignant comme ça a été fait depuis toujours probablement. Peut-être avec des concepts un petit peu nouveaux. De dire aux gens «manger, bouger» c'est pas, pas très récent. Pourtant ils le font pas. [Ricanement]

MG05: Et le sport sur ordonnance, ça fait peur... moi je ne parle jamais de sport, je parle d'activité physique.

EAPA06: Mais ça ne suffit pas toujours de le dire...

MG04: Non ça suffit pas. Non ça suffit pas de dire ...

EAPA06: Bah souvent les gens ils savent pas comment faire. On leur dit sport tout de suite ils pensent fitness, ils se voient dans les trucs de muscu ...

MG04: Mais c'est pour ça que le terme sport sur ordonnance n'est pas forcément très adapté...

EAPA06: Ils se disent «mais moi ça ne me correspond pas». Ils savent pas où aller, c'est vrai qu'ils savent pas où aller. Ils disent «non mais moi ça ne me correspond pas». Tous les trucs de club, de pratique et du coup ils sont, du coup bah ils font pas, et ils savent pas comment faire. On leur dit sport, bah eux ils repensent quand ils étaient au collège, lycée et qu'ils aimaient pas ça. C'est vrai que nous par exemple en SSR on reparle d'activités physiques, on leur réexplique ce que c'est, c'est juste bouger au quotidien. Et justement on prend une sorte de plaisir, leur donner l'envie. Et c'est vrai qu'après ben nous par exemple il y a des clubs cœur et santé où ça permet de s'adapter et du coup c'est pas pris euh ... souvent ils se retrouvent bien la dedans quoi. Après ... ils iraient pas dans une salle de sport classique quoi.

MG04: «J'aimerais bien marcher docteur mais j'ai trop mal» à cause de l'arthrose.

EAPA06: Ah bah oui. Bah oui c'est ça.

MG05: Faut faire de l'aquagym!

EAPA05: Non vous avez besoin de tout un travail sur les freins et les leviers et la pratique, et les ressources que la personne a au niveau de son environnement, de sa famille, les finances, toutes ses choses là pour essayer de trouver avec elle une solution. Mais c'est complexe et c'est multifactoriel, y'a pas de recette miracle. Fin il n'y a pas de recette qu'on peut appliquer à toute les personnes en faite. Ça dépend de chaque personne finalement.

EAPA06: Ouais mais c'est vrai que du coup le sport sur ordonnance ça poussent les gens, ils sont pris en charge de A à Z entre guillemets pendant une certaine période et du coup ça leur permet on va dire de mettre le pied à l'étriller et ça leur redonne confiance. Et du coup ils savent mieux comment faire de l'activité. Puis après se diriger vers on va dire les bonnes associations ou façon de faire une activité physique tout simplement. Apprendre à faire une activité physique qui est bonne pour eux et c'est ça le ... je trouve, le plus difficile souvent.

EAPA04: Après aussi quand on est euh... quand on a des gens qui n'ont vraiment jamais touché l'activité physique a part se déplacer euh ... quand on les prend en charge dans ce genre de réseau ou de ... on peut emmener des gens qui n'ont jamais fait, en disant ben voilà on propose ça, ça leur permet généralement de se rendre compte que bah justement comme il disait, que ce n'était pas forcément du sport mais que des petits mouvements peuvent faire du bien. Le fait aussi d'être en groupe parce qu'il y a aussi beaucoup de personne qui sont seules et qui voit ça comme pas forcément quelque chose de compétition ou ce genre de chose et qui peuvent voire l'aspect plus ludique de l'activité physique et après ...

MG04: Et le lien social!

EAPA04: Le lien social qui est super important pour beaucoup de personne. Et du coup voilà c'est nous, notre boulot c'est quand même de donner des outils aux gens et leur permettre derrière, et de continuer en sachant un petit peu mieux utiliser leur corps, et de savoir où s'orienter. C'est sur qu'on va pas leur dire «aller faire du trail tout de suite» et du coup «ça ce n'est pas une activité qui va être faite pour vous. Ce sera peut être plus pour après». Le problème aussi que l'on a nous c'est que malgré tout, fin autour de Sallanches, y'a il n'y a pas énormément à part le club cœur santé, il n'y a pas beaucoup d'associations sportive qui sont capables d'accueillir en tout cas, les patients que nous on voit parce que ça met un petit frein sur le suite et du coup c'est un peu ça aussi qui est problématique en ce moment, c'est que les des gens qui sont vraiment déconditionnés et qui ont des pathologies qui font que ça va être compliqué de bouger pas mal et d'être encadrés, euh ... ben ces personnes là dans le milieu normal malgré tout c'est compliqué pour eux parce que ça va ou trop vite, ou pas dans les choses qu'ils peuvent faire...

MG04: Et d'un point ... C'est une question que je me posais aussi moi, d'un point de vue réglementaire, qui a le droit de faire pratiquer de l'activité physique adaptée, à quel patient? Parce que moi dans la commune où j'habite j'ai essayé, il y a un truc qui s'est développé y'a deux ans qui s'appelle la marche des aînés qui est réservé euh... qui est organisé par la commune l'été et l'automne pour les personnes âgées, pour les faire randonner à petit rythme, ensemble, en bonne humeur mais c'est fait par un éducateur sportif. Mais je ne sais pas si il est qualifié par exemple pour emmener des gens qui ont des insuffisances cardiaque ou BPCO ou ...

EAPA04: Bah en gros notre diplôme, nous, je sais pas si vous êtes au courant de ce diplôme là, peut être pas forcément. Du coup le diplôme c'est enseignant en activités physiques adaptées, c'est un diplôme STAPS qui est sous forme minimum d'une licence voir d'un master, et du coup qui permet d'encadrer dans ce cadre là. Après en fonction de certaines polémiques certaines polémiques, il y a certains kinés qui... enfin les kinés pourraient potentiellement aussi, mais ils ont pas vraiment l'aspect activités physiques adaptées. Et sinon potentiellement c'est ceux qui ont le diplôme universitaire.

EAPA05: Après en France c'est compliqué parce l'encadrement des activités physiques et sportives est régit par le code du sport. On est dans un pays où il y a une multitudes de diplômes, dans le sport, de différent niveaux de qualification, et du coup les limites entre j'ai pas le droit j'ai pas le droit, je prend qui euh... c'est souvent ... c'est compliqué à cerner tout ça.

EAPA06: Maintenant y'a des fédérations qui ont compris le truc sur le sport santé et qui ont des formations d'une journée ou deux. Son coach athlé santé, son coach machin et du coup ben ...

Les fédés on leur a demandé de le faire

EAPA05: Il y a tout et c'est hyper compliqué.

EAPA06: Du coup tout le monde a tiré un peu la couverture à lui...

EAPA05: C'est hyper compliqué. Le moyen le plus sûr c'est de connaître vraiment chaque formation pour savoir ce que les gens savent faire quoi.

MG05: Mais c'est un peu le problème pour nous, enfin nous on ne connaît rien, à qui on s'adresse quoi?

EAPA05: Bah oui!

MG06: Oui non mais oui!

MG05: Par où je commence?

MG04: Toujours dans la commune où je bosse, il y a un club gym douceur. Moi je voyais mes patientes qui allaient souvent un petit peu en surcharge ou un petit peu âgées... Je me foutais de leur gueule, je disais «vous allez prendre le thé les mémères!». Et euh... un de mes collègues y est allé, deux de mes collègues y sont allés, j'y suis allé et j'ai pas trouvé ça très inté, fin c'était un prof, un ex athlète qui les faisait s'installer là et je me suis dis «il y en a une qui va rester sur le carreau quoi!». [rires] C'était vraiment, au niveau cardiovasculaire, super intense et ça pose un peu question. Il y a une super ambiance hein mais ... au niveau de l'adaptation euh... [Ricanement]

EAPA05: Mais il savait peut être pas faire lui, il avait peut être pas cette compétence là. Quelle était sa formation?

MG04: Il est éducateur sportif ...

EAPA05: C'est vaste ça.

MG04: Ouais ouais non mais ouais c'est super vaste. Non non je pense que ...

EAPA05: C'est ça qui est compliqué.

MG04: Ouais ouais.

EAPA04: Parce que ouais tous les BE potentiellement ... en gros le problème des BE c'est qu'ils peuvent potentiellement prendre tout le monde si ils ont en gros pas connaissance d'une pathologie particulière. Si moi je m'inscris et ...

MG04: Bah là c'était soumis à une certificat médical d'aptitude.

EAPA04: Donc si il y a un certificat potentiellement ils peuvent prendre tout le monde.

EAPA05: Ça dépend de quelle fédé il dépend...

MG04: Mais nous on... Tu signes un certificat pour un truc qui s'appelle «gym douceur», t' imagine pas que les mamies elles montent à 180 de puls' quoi.

EAPA05: Ouais c'est vrai [rire]

MG04: C'est marqué douceur! Sur le certificat.

EAPA04: Ouais c'est vrai pour le coup c'est...

EAPA05: Vraiment compliqué! [rises]

MG04: Non mais, moi je me suis pas mal intéressé à la question des certificats médicaux d'enon contre-indication... On peut avoir des surprises quoi, enfin «club gym douceur» euuuh...

EAPA05: Ouais... de toute façon gym ça veut un peu tout dire...

MG04: Mais le certificat prend une importance, parce que tu signes un document... Nous on prend le parti de ne pas les faire sur les coins de table les certificats de non-contre-indication... Là il y a une charge cardio-vasculaire euuuh... boom.

EAPA05: Dans le dispositif «sport sur ordonnance» qui est mis en place, les intervenants sont tous des enseignants APA. Ca fait partie du protocole défini par l'ARS. Ca au moins vous êtes sûrs. C'est kinés ou enseignants APA.

MG04: Ouais maiaiiiiiii... Y a pas dans mon village!!! C'est pas vrai il y en a un qui est venu me voir.

EAPA05: C'est où chez vous?

MG04: Les Carroz d'Araches. Un qui fait de la marche nordique et qui voulait monter un projet mais, et c'est ce que je lui ai dit... j'ai pas trouvé la clé du financement pour l'instant.

EAPA05: Et bien l'ARS finance le sport sur ordonnance, le protocole, et donne le budget au réseau ACCCES... et c'est le réseau ACCCES qui coordonne et qui organise ça...

MG04: Oui mais dans quelles villes? Tu ne peux pas faire un club ACCCES dans tous les villages...

EAPA04: Par région...

EAPA05: Voilà c'est ça. A Sallanches c'est quelques médecins qui se sont dit «allez on y va» et ils ont contacté le réseau ACCCES et voilà c'est ça hein...

EAPA04: Et après ouais on a été contactés par d'autres médecins...

MG05: Mais du coup dans ces enveloppes là... sport sur ordonnance c'est que des gens en ALD par exemple...

EAPA04: Ouais, que l'ALD. Le projet de loi c'est que pour l'ALD.

MG05: Oui c'est ça que je trouve complètement bidon en fait.

MG04: Moi je trouve ça dur d'aller dire à un patient...

MG05: «Pas remboursé parce que vous êtes pas assez malade»...

MG04: Non, non, non même pas ça... De dire à un patient qui habite par exemple les Carroz d'Araches, qui bosse peut être, qui a une ALD, qui finit à 18h... Il va falloir descendre à 20h à Sallanches faire du sport adapté...

EAPA04: Ouais là c'est chaud...

MG04: Là les freins ils sont là!

MG05: Moi j'ai exactement le même problème!

EAPA04: Nous on a ceux de Megève qui descendent un peu...

MG04: Ouais ils vont descendre une fois 2 fois, mais au bout d'un moment euuuuh...

EAPA04: Après il faut que ça se développe suffisamment pour qu'ooooon ait suffisamment de patients et qu'il y ait potentiellement un prof d'APA qui soit là dans les environs pour le secteur.

MG04: Et vous en avez beaucoup des patients?

EAPA04: Euuuuh... en gros nous on est 4 intervenants... On a tous 7 patients par personne... On a un groupe de 7 patients.

MG04: Et pour combien de temps?

EAPA04: Depuis 1 mois et demi.

MG04: Non mais la durée du truc? C'est une fois par semaine?

EAPA04: Une heure et demie par semaine pendant 16 semaines. Avec une évaluation avant et une évaluation après.

MG04: Ah oui donc c'est limité à 16 semaines? Le remboursement ARS?

EAPA05: Ouais, c'est un tremplin.

EAPA06: C'est une passerelle en fait. Après la suite justement...

EAPA04: Et en gros l'idée ce serait de créer quelque chose pour derrière les faire continuer.

MG04: Faut leur donner envie de rester! Filez leur du pinard! [Rires]

EAPA04: Bah le problème c'est qu'après comment on finance?

MG04: Oui, oui, oui, le financement il n'est pas pérenne.

EAPA05: C'est une passerelle, c'est un tremplin!

EAPA04: Ce dont on discutait à Sallanches, c'était de trouver le moyen d'avoir des aides, des trucs, et peut être que nous on arrive à se dégager, sur notre temps de travail, des heures... pour faire la suite. Mais il faudrait trouver des aides autres que l'ARS pour ça...

MG04: Et par votre expérience les collectivités territoriales elles sont... partantes pour financer ce genre de choses ouuuuuuu...? Enfin les mairies, les communautés de communes...

EAPA04: Jamais fait... trop de démarches sur ça. On a jamais vraiment essayé encore.

MG04: Nous on a essayé au niveau de la commune maiaiiiiiii... «Vous êtes qui? Sport adapté?» [Fait une tête pas convaincue].

EAPA04: C'est prévu que là... Enfin... l'armement que l'on a maintenant, c'est que vu qu'on a lancé le truc, que ça marche, qu'on a des retours... On voulait faire une organisation de presse avec le dauphiné qui ferait un petit truc autour de Sallanches... Pour après aller voir des organismes comme les mutuelles, comme différents trucs pour potentiellement avoir un peu d'argent pour essayer de mettre ça en place.

EAPA05: Et les collectivités peuvent peut être prêter des locaux aussi...

EAPA04: Ce serait déjà bien! Si on a des locaux après on peut aussi faire... Fin voilà.

MG06: Après il y a le côté de la mise en place, d'un point de vue technique et puis que le projet se développe mais... Moi je vois déjà rien que le bénéfice c'est déjà d'avoir quelque chose qui se développe en terme de... vraiment de projet qui devient concret, palpable, et... je me dis que si c'est quelque chose qui commence à se développer en terme de pensée dans la tête des médecins, dans la tête des patients etc... Pour moi ça participe vraiment dans l'approche coaching quoi, ça veut dire que même inconsciemment, ça commence à faire partie d'une culture sociétale quoi... Et que la santé ne s'aborde pas sans l'activité physique quoi... On a tous eu des patients avec un bide comme ça énorme, et leur faire diminuer le pain c'était déjà juste un combat quoi... Alors passer à leur dire de faire juste un peu d'activité physique c'est déjà tout un monde. Enfin, là effectivement il y a le fait de se dire «c'est juste 16 semaines», mais en fait ça veut dire pour moi qu'il y a toute une dynamique qui est mise en marche en fait et... et une prise de conscience qui va aller dans ce sens là... Et, moi comme je fais de la phyto j'ai la chance d'avoir des patients qui sont hyper motivés pour leur santé, parce que je travaille avec des dépassements etc... Et donc c'est des gens qui sont vraiment intéressés en fait, et ça veut dire que je vais pas me battre avec eux pour les convaincre de rester en bonne santé... Alors que c'est ça d'habitude, «je me bats pour vous pour que vous restiez en bonne santé», et ils ont du mal à l'entendre et du coup on est en confrontation et tout ça... Et s'il y a quelque chose qui se dit «non, si tu vas chez ton médecin généraliste, tu vas faire du sport par contre», enfin je veux dire s'il y a quelque chose qui se met en place comme ça au niveau sociétal, moi en terme de globalité de pathologie ça me semble vraiment essentiel... Et puis le 2e aspect c'est tout le développement, d'avoir des études, des trucs carrés, sérieux et de dire... Alors c'est vrai qu'au niveau cardio-vasculaire, ça vous paraît évident qu'il faut bouger quoi pour les pathologies cardio-vasculaires. Combien de fois vous avez vu sur les ordonnances d'un cardiologue, «régimes méditerranéen, activité physique» et etc? Fin faut être honnête j'en ai vu, mais ça reste hyper rare quoi, alors que c'est largement démontré en fait cette approche là, est vraiment à la base quoi, avant d'arriver aux médicaments, si tout ça est fait il y a plein de choses que l'on peut éviter. Et du coup si ça commence à rentrer dans les mœurs, moi ça me paraît être une victoire monstrueuse. Parce que des fois j'entends des débats... En tant que médecin par exemple quand vous allez à un repas de famille tout le monde a quelque chose à dire sur la médecine je pense à peu près... Et on critique les ordonnances à rallonge, les médicaments, les machins etc... Mais faut voir aussi à quel point c'est difficile pour les patients de retirer un médicament quoi! «Docteur, j'ai trop de médicaments! Bah on peut retirer ça! Ah non non non pas ça! Bah alors ça! Ah non non non je ne dors pas sans celui-là!». Et je veux dire, comme tu disais tout à l'heure, l'activité physique, bah tu dors mieux. Du coup, pour aller dans une décroissance des choses, si ça rentre dans la conscience des gens, que par l'activité physique ils vont gérer leur stress, leur dépression, leurs troubles du sommeil, le cardio-vasculaire, enfin à tous les niveaux... Rien que ça moi je me dis si ça commence à filtrer en base tout le côté médical, ça me semble déjà une victoire monstrueuse déjà!

MG04: Mais c'est intéressant ce que tu dis parce que toi, dans les gens qui viennent te voir, tu as un exercice particulier, les gens ont déjà une démarche active de se dire «je vais aller voir ce médecin là pour voir un petit peu autre chose, je vais payer un peu de ma poche», mais il y a une démarche active... Donc je pense que tu as une aura que n'auront pas d'autres médecins généralistes.

MG06: Alors les portes sont déjà ouvertes ça c'est clair... Enfin je veux dire ils sont déjà prêts à entendre. Moi avant j'ai fait 7 ans de rural, et donc euuh... le diabétique vraiment en surpoids machin je l'ai eu aussi... En 1 quart d'heure il fallait lui expliquer le diabète et la nutrition, enfin machin... Le truc impossible quoi! Mais c'est clair que... Il y a des prises de conscience déjà chez plein de gens.

MG04: Bah les gens qui franchissent ta porte je pense sont déjà convaincus!

MG06: Ils sont déjà ralliés à la cause oui!

EAPA06: Oui et puis dans le principe c'est vrai que dans les pubs qu'il y a en ce moment sur les problèmes de dos, bouger pour les pathologies du dos, ça fait rentrer au niveau... Il faudrait peut-être ce genre de trucs aussi pour que les gens aient la connaissance et peut être aillent voir le médecin pour qu'ils leur disent «allez voir là». C'est ça qu'on voudrait faire, en faisant des communiqués de presse, en disant «ce serait peut être bien que les patients aillent voir le médecin».

MG06: Oui, oui

EAPA04: Parce qu'il y a pas mal de médecins déjà qui n'ont pas la connaissance de base, et du coup euuh, les médecins motivés ils vont inclure tous leurs patients qui ont besoin, et les médecins qui savent pas bah... Y a une partie de la population qui n'y a pas accès alors qu'elle pourrait y avoir accès aussi... C'est ça qui est un peu problématique en ce moment.

MG05: Et du coup comment ça se passe au début pour les patients quand ils arrivent, il y a un entretien au début? Parce qu'il faut qu'il adhèrent derrière!

EAPA04: Alors en fait il y a le médecin qui propose, il y a un petit truc qu'ils remplissent avec le médecin. A partir de là ils ont un numéro de la secrétaire du réseau, ils ont un entretien avec nous qui est une évaluation où du coup on explique tout ce qu'il va se passer, on fait une évaluation physique on fait un petit questionnaire. Et suite à ça ils choisissent l'heure qui leur convient le mieux dans les créneaux qu'on a et ils intègrent le programme.

MG05: Il y en a qui refusent?

EAPA04: Et alors en gros nous... [Il montre en même temps les documents d'inscription des patients]

MG05: Mais c'est le réseau ACCCES! Mais il faut faire de la pub hein! On m'en avait parlé mais j'avais oublié ce que c'était!!!

EAPA04: Je sais que nous on a... 50 patients qui sont passés aux évaluations... Et on en a 25 dans les groupes. Donc en gros il y a eu des perdus de vue entre le médecin qui prescrit, qui va en parler au patient, lui donner les documents et le patient qui va appeler ou pas le réseau, et après on a une perte entre celui qui a appelé et qui a fait l'évaluation et qui n'est pas venu par la suite. Ou alors y en a qui ont appelé et qui ne sont jamais venus à l'évaluation.

EAPA05: Parce qu'à l'évaluation on explique pas mal de choses... Comment ça se passe, tout ça...

MG05: Ouais c'est ça! Mais moi je ne savais même pas qu'il y avait des formulaires et des machins...

EAPA05: Si si il y a un petit dossier.

MG05: Même des fois ça ralentit bien d'appeler le secrétariat pour... Enfin ça c'est un autre débat [rires].

EAPA05: Le dossier il est important parce que... moi j'ai fait les bilans d'Annecy et... les médecins ils nous marquent bien, genre les contre-indications éventuelles, les choses auxquelles il faut qu'on fasse attention donc c'est hyper important! Et les patients étaient hyper rassurés de nous donner ce dossier.

MG05: Les médecins généralistes qui faisaient ça?

EAPA05: Ouais. Il y a i, dossier à remplir pour inscrire le patient et il y a un espace qui est laissé pour les remarques et les choses qu'il auraient à transmettre aux enseignants APA!

MG05: Il n'y en a pas tant que ça si?

EAPA05: De remarques?

MG05: Non de médecins généralistes qui faisaient ça.

EAPA05: Qui remplissaient?

MG05: Ouais. Si, beaucoup?

EAPA05: Bah de toute façon c'est le dossier d'inscription donc ils sont obligés de le remplir!

MG05: Ouais mais c'est les patients qui venaient avec le dossier non?

EAPA04: Non. Enfin je ne crois pas.

EAPA05: Euuuh, ça je ne sais plus.

EAPA04: Nous, c'est les médecins qui les ont, enfin il y avait un mail qui a été transmis...

MG05: Ouais maintenant, mais à un moment donné... Non non mais... J'ai jamais vu un dossier, pourtant j'étais interne tout ça ici...

EAPA04: Non mais c'est parce que le réseau est en place maintenant.

EAPA05: Ca ne fait pas longtemps que ça existe, c'est pour le protocole sport sur ordonnance.

MG05: Ah oui d'accord, c'était pas avant, d'accord. Mais OK, j'apprends des choses! [rires].

C'était le but aussi! Bah impeccable! Du coup vous avez dit encore pas mal de choses. J'avais encore 2-3 autres questions: vous avez parlé des ALD, des pathologies du dos. Selon vous, quels types de patients doivent faire de l'activité physique adaptée. En dehors des ALD et des pathologies du dos, est ce que vous avez d'autres types de patients à qui vous conseillerez de faire de l'activité physique adaptée?

MG05: Post-infarctus de 50 ans, parce qu'après... Il y en a pas mal en fait. BPCO aussi.

MG06: Métaboliques, diabète aussi.

MG04: Tu veux pas plutôt nous poser la question à l'envers, c'est à dire lesquels on ne verrait pas? [rires].

Non mais justement, tu soulèves quelque chose là!

MG04: Bah il y a plein de trucs sur les pathologies néoplasiques qui sont sortis récemment là... Mais bon il faut y aller aussi.

EAPA04: Après si on veut aller plus loin, potentiellement le mieux ce serait de la prévention... Donc euh... Celui qui commence à grossir, dans un idéal... ca serait mieux parce que ça évite le problème.

MG05: Et tu peux envoyer des gens même si c'est à leur frais?

EAPA04: Ah euuuuh... Pour l'instant non parce que nous ça ne sera pas pris en charge.

MG05: Ouais c'est ça, mais même si eux veulent payer...

EAPA05: Bah faut garder le mail d'EAPA04, pour qu'il fasse un petit coaching perso quoi.

EAPA04: Si un jour il y a un truc qui se crée ouais, dans l'idée faudrait que ça se développe jusque là...

MG05: C'est ça qui me gêne un peu, c'est qu'il faut qu'ils soient en ALD quoi, c'est un peu dommage... Non mais voilà faut attendre qu'ils fassent l'infar... J'ai beau réfléchir je comprends pas...

EAPA06: Oui faudrait être dans la prévention primaire...

MG06: Faire comme en Asie.

EAPA06: Comment?

MG06: Non je disais on reste dans la logique de notre médecine actuelle. On est toujours sur le symptôme en post-pathologie...

MG05: Mais oui c'est ça, et c'est ça qui me dérange quand même...

MG06: Mais c'est un début déjà, ça veut dire que c'est une sensibilisation mais...

MG05: J'espère que ça se développera...

MG06: On dit toujours effectivement, une fois que le drame est arrivé, «ah faudrait s'y mettre». En même temps c'est souvent là qu'il y a une prise de conscience.

EAPA06: Mais c'est vrai que nous par exemple en cardio, les programmes SSR c'est très cadré il y a l'activité, la diététique, il y a ... voilà, reconnaissance un peu de l'hygiène de vie tout simplement et les gens ils nous disent «si j'avais su avant», «vous pourriez faire ça à tout le monde en fait, avant qu'ils aient leur problèmes»... Bah oui mais on n'a pas assez de place en fait. Il faudrait faire de la prévention primaire au bout de tant de facteurs de risques, tac, ils font un stage...

MG05: Mais c'est ça que je disais, pourquoi c'est les ALD?

EAPA06: Oui je suis d'accord!

MG05: Même si aujourd'hui c'est pas la question de savoir le remboursement le financement etc... Il y a plein de monde qui serait prêt... Ils sont pas à ça près quoi, en tout cas au Grand Bornand.

EAPA06: Bah faudrait faire des... J'y ai pensé, des genres de fitness un peu adaptés, avec des professionnels APA, et que les gens payent de leur poche hein, pour faire un stage, pour...

MG05: Et ça ça n'existe pas aujourd'hui?

EAPA06: Bah non! Pas encore en tout cas!

MG04: Bah l'activité physique, sans parler d'activité sportive euuuuhh, au travers des clubs... Je vois par chez moi, il y a de la zumba, il y a du pilate, il y a plein plein de trucs...

EAPA05: Oui mais ceux qui n'y vont pas c'est ceux qui devraient y aller!

MG04: Je sais pas... Est ce que tout le monde ne devrait pas y aller? Enfin jeeeeee... non je ne sais pas! Non je ne suis pas sûr.

EAPA06: Enfin ça ne correspond pas à tout le monde la zumba ou le pilate, il faut quand même avoir, fin je sais pas... Des capacités quoi! La femme qui a 50 ans, qui est un peu en surpoids, qui n'a jamais fait de sport, elle ne se voit pas aller faire de la zumba...

MG04: Certaines y vont...

EAPA06: Ouais... non mais ou d'autres, ce que je veux dire c'est que moi parfois j'ai ces remarques là, de dire beeeeen... qu'ils ne savent tout simplement pas faire et que ça ne leur viendrait pas à l'idée de s'y inscrire.

EAPA04: Après il y a une partie de la population quiiii... ce côté salle de fitness, ou certains trucs un peu gym en plein air que l'on a un peu en ce moment, ne leur conviennent pas. Et c'est vrai qu'ils préféreraient certains trucs un peu plus tranquilles, plus à leur rythme...

MG05: Ouais mais c'est le principe de l'évaluation initiale, c'est ça qu'il faut, enfin rien que ça ça motiverait des gens...

MG04: Après on est dans une région où il y a... enfin c'est pas représentatif de la moyenne nationale hein!

EAPA05: C'est sûr!!!

EAPA04: Y a des coins de France où il y a des zones où c'est plus compliqué...

EAPA05: Après il y a quand même des sédentaires!

MG04: Oui oui, bien sûr!

EAPA04: Je pense que visuellement, enfin sans rien de scientifique hein... Je pense qu'ici c'est un peu tout l'un ou tout l'autre... Celui qui va bouger, faire des petites randos de temps en temps et qui va aimer ça et celui qui à l'opposé ne va pas aimer marcher et ne fait pas grand chose.

MG05: Ah non moi c'est ce que je disais tout à l'heure... Après moi je ne suis pas forcément représentatif... Mais j'en ai beaucoup qui font de l'activité physique sans s'en rendre compte...

EAPA05: Oui!

MG05: Quand tu leur expliques que «c'est très bien ce que vous faites, continuez», eh bah après souvent, c'est ma propre expérience, souvent ils en font encore plus, tout en restant dans les euuuh... tu vois ce que je veux dire?

EAPA05: Quand j'étais au réseau c'était ça. On faisait le point et ils se rendaient compte qu'ils faisaient de l'activité physique.

MG05: Pour eux c'est concret. Et tu fais une évaluation à des gens comme ça euh... tu leurs dis bah il y a ça, comme un bilan diététique par exemple chez les diététiciennes, je sais pas. Tu fais un bilan, tu vois ce qu'ils font et puis euh... c'est ça qu'il faut.

EAPA05: Et puis il y en a beaucoup qui se disent «OK l'activité physique, c'est bon, je ne suis pas obligé de faire du «sport» du coup c'est bon».

MG05: Oui voilà, c'est concret, c'est ça qu'il manque aujourd'hui...

MG06: Je vois aujourd'hui dans les caisses, sécu, mutuelle et tout ça, ils font des bilans «santé» en fait... Et je me dis que par rapport à ce temps là, ils pourraient intégrer des petites formations en fait, enfin, de la sensibilisation, quel sport je peux faire pour quelle activité, quitte à utiliser une heure, machin, des choses, enfin bon voilà...

MG05: Que justement les enseignants APA puissent utiliser leurs compétences pour dire «bah ça ça vous conviendrait bien», je suis sûr que ça mettrait plein de monde au sport... Enfin à l'activité physique hein, je ne parle pas de sport [rires].

MG06: Et je veux dire, associé à ça, c'est plus que de l'information c'est souvent des croyances limitantes et des choses comme ça, c'est plus un aspect coaching en fait, qu'informationnel vraiment, donc ce serait plus d'avoir des approches de ce genre là... Et puis l'autre aspect c'est même nous en tant que médecin, se dire «oui le sport c'est bon, quel sport pour qui?», enfin, je pense qu'il y a des choses qui peuvent être plus creusées, peut être même nous-même avoir la compétence de dire euuuh... voilà qu'est ce qui est le plus performant dans quelle situation... Même si ça doit pas être très très long à apprendre quoi, d'orienter même en terme d'études, qu'est ce qui peut être intéressant...

MG05: Tu sais moi je viens de faire la capa... Il n'y a rien là-dessus hein. C'est dommage moi je m'attendais à ça et puis j'ai été déçu comme je disais tout à l'heure.

MG06: Faudrait faire de la biblio en fait... Tu disais il y a pas mal de choses qui étaient sorties sur le sport et tout ce qui est néoplasique... Enfin il doit sûrement y avoir plein d'autres domaines quoi...

MG05: Ah bah oui il y en a plein des études...

EAPA05: Bah oui... Nous on vient de l'université, notre formation est universitaire, des études il en sort chaque année...

MG04: Mais un des freins pour les patients est, je pense, de prononcer le mot «sport»...

EAPA05: Ah oui c'est pour ça que nous on parle d'activité physique!

MG04: «Vous avez vu docteur? «Sport»! Nooooo» [Rires]... Non mais vraiment, les gens ça les confronte à leur image corporelle avec un impact négatif important.

MG05: Moi je leur explique toujours, le sport c'est dans la compétition, l'activité physique euuuh... non mais c'est vrai, c'est incroyable, dès qu'on parle de sport ils sont braqués direct hein! On ne peut plus rien dire...

EAPA04: Après il y a une partie qui est entre les recommandations qui sont théoriques, qui sont généralement bien, mais qui marchent généralement aussi quand on est dans un SSR, qu'on va les avoir, et qu'ils vont être plus ou moins obligés de venir... Et quand on est dans le côté où les gens viennent un peu au volontariat, je pense qu'il y a un point qui est important... Enfin que moi je donnerais en tant que médecin, c'est le côté plaisir. Parce que généralement, s'il arrive à avoir le côté plaisir lorsqu'il fait une activité, même si ce n'est pas ce qu'il y a de top, il arrive à continuer. Au final c'est mieux qu'il continue dans le temps, plutôt que le truc parfait où il faudrait faire renforcement musculaire X fois par semaine, cardio...

MG05: Ça ça va de soi... Faire faire de la natation à celui qui déteste l'eau...

EAPA04: Mais malgré tout il y en a qui n'ont pas conscience.

EAPA05: Mais parfois il y a des médecins qui leur disaient ça... «Vous devez faire de la marche, rien d'autre et c'est génial»... Et les patients venaient avec ça comme message: «il faut que je marche parce qu'il paraît que c'est bon pour moi... Je n'aime pas marcher mais il faut que je marche». Et bien non on va essayer de voir ce que vous aimez faire, on va essayer de trouver une solution... Mais il y a des personnes qui ont des messages clés comme ça, et qui ne se retrouvent pas dans ces messages... Et à qui il faut qu'on explique qu'il faut faire autre chose...

Alors justement pour rebondir là-dessus... Quel sport vous imaginez faire faire à ces patients? EAPA05 tu as donné un début de réponse là...

EAPA05: Bah c'est pas moi qui réponds hein...

On en rediscutera un peu après... Mais quand vous avez des gens qui viennent vers vous pour ça les MG, vous auriez tendance à les orienter vers quoi?

MG05: Rando, vélo et natation...

EAPA05: C'est vrai?

MG05: Baaaaah... ceux qui sont tout pleins d'arthrose et qui aiment ça je leur dis «allez y, c'est top!»... enfin je suis peut être en tort mais bon...

MG04: Non mais moi je suis un peu dans la même représentation que toi... «Allez marcher dans les bois».

MG06: Alors il y a effectivement des patients qui sont totalement gagnés à la cause, mais certains patients qui ne font pas du tout de sport des fois je leur dis, et c'est peut être un piège, je ne sais pas... enfin des fois je leur dis «il faut que vous vous mettiez au sport», et plutôt que d'aller faire euuh, genre une heure de course à pied et voilà, je leur dis «vous pouvez faire beaucoup plus efficace, intéressez vous à l'interval training, enfin les trucs fractionnés». Et même je leur parle des petites applications, il y a des petites applications qui sont super bien faites, et ça peut durer 7 min, et en 7 minutes ça peut être assez global. Et en fait ça peut être un starter intéressant parce que juste ils commencent à mettre un pied dans de l'activité en se disant «bon 7 minutes c'est quand même faisable», et en terme cardio-vasculaire il y a déjà un intérêt. Et en fait ça peut leur donner un goût... Mais bon après c'est vrai qu'être tout seul devant son application c'est pas forcément toujours motivant, mais des fois c'est... voilà, j'essaie de broder comme ça.

Et alors vous, les enseignants APA, vous leur faites faire quoi?

EAPA05: Bah moi quand j'étais au réseau diabète et que les gens venaient me voir «faudrait que je fasse quoi comme activité physique?», je ne répondais pas. Je leur demandais «bah vous qu'est ce que vous avez envie de faire, qu'est ce que vous aimez?», enfin voilà. Il faut explorer le domaine du déplacement quotidien, il faut explorer le domaine des loisirs, il faut explorer le domaine des activités quotidiennes... La clé, et c'est ce qu'il a dit, c'est le plaisir! Et on n'a rien à imposer à la personne, c'est elle qui doit trouver les solutions pour plus bouger au quotidien. Alors on est là pour l'accompagner, l'aider, lui donner des pistes, lui faire essayer, expérimenter des choses... Mais moi je n'ai jamais dit à une personne «il faut faire ça, ça, ça, ça, ça». Parce que si ça ne correspond pas à sa représentation de l'activité physique, bah ça durera 2 semaines et puis après... pffff. Donc moi je n'ai pas de réponse... Ça dépend de la personne et de plein de choses chez la personne.

EAPA06: C'est sûr. Après le plus facile quand même, c'est de dire «bah marchez», parce que marcher on se déplace... Tous les gens qui ont leurs 2 jambes, qui ne sont pas en fauteuil... C'est déjà marchez pour aller faire vos courses, ou pour aller chercher du pain... Donc c'est essayer parfois peut être de développer ces choses là dans le quotidien parce qu'il y a souvent des gens, bah marcher pour marcher, ils disent «ça m'ennuie» quoi...

MG05: Même sortir le chien ça marche bien hein.

EAPA06: Oui! Mais y en a ils ont perdu leur chien il y a un an et puis c'est trop dur alors ils ont pas envie d'en racheter un autre... Mais il y a d'autres choses. Après moi j'ai des gens qui ont acheté un chien du coup... Il sortent pas pour eux mais au moins pour le chien ils le font... Donc du coup ça les fait sortir... Ou sinon beeeeen, trouver des choses qu'ils faisaient avant en voiture, maintenant ils le font à pied... Aller aux champignons, il faut avoir un but, c'est vrai que c'est pas toujours évident hein, il faut partir du plaisir...

EAPA05: Il n'y a pas de réponse faite. Il y a des gens, des personnes qui voudront pratiquer en groupe parce qu'elle se sentent seules dans leur vie, d'autres qui vont vouloir pratiquer en autonomie parce qu'elles aiment bien se retrouver tranquilles, être apaisées. Il y a d'autres, ça va être dans une structure, d'autres qui vont prendre plaisir à utiliser des applications, à essayer de se gérer, même en étant accompagné. C'est chacun son truc. Dans notre métier c'est ça, on cherche un petit peu euuh... quoi déclencher chez la personne, qu'est ce qu'elle va pouvoir mettre en place ou pas.

EAPA04: Et après dans les séances, l'idée c'est aussi dans une activité, de montrer des petites choses qu'ils connaissent pas, pour des fois leur donner une petite envie d'aller sur autre chose.

MG04: Mais ça nous par contre on ne connaît pas du tout ces petits trucs et astuces...

EAPA04: C'est compliqué à expliquer!!!

MG04: Non, non, non mais voilà, c'est quelque chose qu'on ne connaît pas.

EAPA05: Ca c'est sur le terrain, c'est difficile à expliquer...

MG04: Ouais justement faudrait qu'on voit!

EAPA04: Ah bah après le voir, ouais ouais, c'est sur que c'est ce qui est le mieux. Après c'est, vous donner des exemples...

MG05: Avoir des autres compétences, ça serait top! C'est ça qu'il veut dire.

MG04: Non, mais oui! Un des freins, je pense, c'est de ne pas savoir ce que vous pouvez proposer d'autre, enfin votre compétence propre.

EAPA05: Notre compétence propre à nous?

MG04: La plus value de votre métier, ce qui va faire que le patient va se sentir en confiance et va avoir envie de continuer. Comment vous abordez le patient?

EAPA04: Bah si on prend le réseau et comment ça se passe, c'est que du coup on va avoir ce bilan qui fait qu'on montre qu'on a une connaissance de se objectif, ses contraintes et ses pathologies desquelles on discute, et du coup dans les séances... enfin nous c'est comme ça qu'on procède... C'est qu'on a 1h30 de séance. Dans la séance on consacre 30 min pour faire en sorte de faire entre guillemets de... c'est pas de l'éducation sportive parce qu'il faut pas le dire, mais une pédagogie sur les freins qu'ils peuvent avoir, genre «moi je suis diabétique, qu'est ce... comment je me gère, je sais pas», «moi j'ai un pb cardiaque, je sens mon cœur qui monte, ça m'inquiète»... Et du coup l'idée c'est nous, de répondre aux différentes petites contraintes, aux différentes petites choses qu'ils peuvent ressentir, aux choses... ben voilà, «avec mon arthrose du genou ça me fait mal», et du coup essayer d'agir en donnant les moyens de mieux se gérer, en leur donnant aussi des connaissances pour se dire «ça c'est normal, ça c'est pas normal, ça quand ça me fait mal et bah c'est peut être juste un signal d'alerte pour le faire avec une autre amplitude», «comment marche mon corps? Là c'est bien parce que quand je fais ça je respecte mon articulation, je fais attention à mon dos». C'est des choses qu'on leur apprend, on a vraiment ce côté pédagogique, et euuh... Comment on aborde les patients pour revenir à la question...

MG04: Ouais, c'est là, l'action de la représentation corporelle et la représentation qu'ils ont de leur maladie...

EAPA05: En fait on propose une situation motrice... Nous notre base de métier on va proposer une situation motrice, et on va adapter les conditions matérielles... Ca dépend, soit matérielles, soit techniques, soit réglementaires, soit motivationnelles, pour permettre à la personne d'agir en toute sécurité... C'est à dire qu'on tient compte de son profil... Physique psychique social... Dans des fins de rééducation, de réadaptation, d'insertion sociale. Et en fait on va proposer une action motrice d'enseignement et on va adapter ces 4 paramètres ou un des 4 paramètres pour lui permettre d'agir et de se mobiliser en toute sécurité...

EAPA04: Tout ça en ayant une certaine pédagogie pour qu'il maîtrise un peu mieux son corps et qu'il maîtrise un peu mieux l'activité.

MG04: Hum hum, OK... Vous avez fait combien d'années de psycho [rires].

EAPA04: On a des cours de psycho hein!

MG04: Ouais j'imagine!!

EAPA06: Je pense, dans les bilans de fin, les progrès qu'ils ont fait, les gens euuuuh... C'est là qu'ils se rendent compte, dans leur quotidien, qu'est ce qui a changé... «Ah bah avant l'escalier je ne pouvais pas le monter, maintenant je peux le monter»... Et du coup, ils se rendent compte que l'activité physique a eu euuuuh... Parce que des fois ils n'ont rien changé d'autre dans leur vie, ils sont juste venus à l'activité physique, donc du coup ils se rendent compte...

MG04: Mais tu parles de progrès.

EAPA06: Ouais!

MG04: Est ce que c'est vraiment le but, le progrès?

EAPA06: Non mais dans leur qualité de vie aussi!

EAPA05: Ca dépend de l'objectif!!!

MG04: Mais tu as quand même un objectif de performance si tu parles de progrès...

EAPA06: Non, non, plutôt par rapport à leur qualité de vie, retrouver une qualité de vie normale, de pouvoir juste se laver les cheveux sans être trop essoufflé, après ça dépend des pathologies mais il y a des gens, pouvoir se mobiliser!

MG04: Ou juste peut être des fois que ça ne soit pas pire, c'est déjà pas mal.

EAPA05: Oui voilà, ça dépend vraiment des objectifs globaux en fait.

EAPA06: Ouais c'est souvent ça, pouvoir vraiment faire ce qu'ils ont envie de faire dans leurs vies, tout simplement, qu'ils ne pouvaient plus faire, ou moins faire... Bah voilà, peut être en adaptant des mouvements, il avait mal au genou, et ben on va adapter, il sait qu'il va devoir se baisser comme ça, et ce sera mieux. Et il se rend compte chez lui, il fait tomber un objet, «bah oui tiens je vais me baisser quand il m'a appris... ah bah tiens j'arrive à me relever, ça se passe bien, et le fait d'avoir plus de muscles j'ai plus de tonicité»... Enfin après les gens se rendent compte de beaucoup de choses.

EAPA04: Pour un exemple pratique, j'ai une dame qui est en plein déménagement en ce moment. 75 ans, un diabète, de légers problèmes de dos, et elle est angoissée parce qu'elle est seule et qu'elle veut gérer ce déménagement. Et du coup elle me demandait comment gérer les mouvements, comment faire en sorte, est ce qu'il fallait qu'elle fasse le matin? Elle avait plein de questions, plein de choses. Et l'idée ça a été deeee... prendre en compte ça, c'était son objectif de gérer son déménagement en ce moment... Et du coup lui montrer certaines façons de se baisser pour ne pas se faire mal au dos, comment maîtriser un peu son corps en bloquant au niveau du gainage, en s'échauffant un petit peu avant, ce genre de choses, pour qu'elle réussisse mieux. Et donc potentiellement, on peut avoir des objectifs qui sont jouer avec mes petits enfants, amrcher avec mon mari qui marcher plus vite que moi jusque là, faire un déménagement... Ca peut être ça. Et l'idée c'est de leur donner des outils pour qu'ils arrivent à ça. Et après la performance, c'est quand on fait des évaluations physiques, par exemple un test de marche de 6 minutes, c'est quand même intéressant au niveau motivationnel pour que les gens persistent dans l'activité physique, sans parler de performance, c'est de se dire «bah vous avez fait 400 m avant le programme, et après 16 semaines vous avez fait 500». Et du coup l'objectif c'est de leur montrer qu'avec pas forcément énormément d'activité physique, on a une progression et on a des améliorations.

Ouais ça permet de pointer du doigt le progrès et que ça devienne une source de motivation.

EAPA06: Ouais et puis c'est une valorisation de la personne aussi... Ca les valorise...

MG04: Ouais, ouais, ouais, ouais... Après, enfin... Il y a toujours la question de l'amélioration de la performance, et je pense qu'il ne faut pas trop se tester là-dessus non plus... Enfin je lis plein de compte-rendus de SSR gériatriques, et tous les gens qui sortent des SSR gériatriques sont mieux qu'avant. Or quand tu les vois en consultation ils sont pas tous mieux qu'avant.

EAPA05: Non! Moi qui travaille en gériatrie je les maintiens.

MG04: Oui! Voilà, ne serait-ce que... Sans parler de progression parler de maintien c'est déjà pas mal.

EAPA05: Oui, on lutte contre le déclin.

MG04: Ouais, mais pas forcément dans le but d'améliorer... Enfin dans mon idée à moi.

EAPA05: Moi mon but en gériatrie c'est qu'ils ne perdent pas... Enfin qu'ils maintiennent. Si ils s'améliorent, super, mais au moins on les maintient.

MG04: Dans les compte rendus ils s'améliorent tous [rires]. Ils sont tous plus heureux, tous plus actifs, tous, ils recuisinent.

EAPA05: [rires] Je ne travaille pas en SSR gériatrique...

MG04: Non, non mais c'est très bien les SSR gériatriques. Mais les compte-rendus me laissent parfois un peu dubitatif.

EAPA04: Oui, et puis après il y a aussi pas mal de choses qui se font... Moi par exemple quand j'étais à l'hôpital. On va avoir des personnes qui vont être suivies pendant X temps. Ils vont être très motivés, il va y avoir l'effet de groupe, il y a le fait d'être suivi, tout ça... On sort de ça... Nous on avait fait des études sur 3 mois, et on avait regardé l'observance du programme 1 an après. Et bah on s'était rendu compte que beaucoup de personnes, 4 jours après c'était terminé quoi... Ils retournaient dans la vie dans laquelle ils étaient avaient parce qu'ils se retrouvaient tout seuls, il n'y avait plus l'effet groupe, ils ne savaient pas que moi j'étais là la semaine d'après... Et du coup il faut revenir sur les habitudes que l'on avait avant et c'est ça aussi qui est un enjeu particulier pour ce boulot... Et ce qu'on voudrait faire, ça serait de réussir à réautonomiser les gens et les remotiver sur le long terme... Parce que sur 3 mois, réussir à faire quelque chose, quand ils sont avec nous, c'est facile. Ce qui est compliqué c'est de réussir à continuer, une partie, qu'ils aient le goût et qu'ils aient une certaine dépense à ça et qu'ils aient compris qu'il y a un intérêt.

MG04: Oui, oui, bah c'est les mêmes problèmes dans le sevrage tabagique, les gens ont va essayer de les suivre un petit peu dans le sevrage tabagique, et puis ils vont prendre confiance, et puis ça rechute.

EAPA04: Mais oui sinon c'est le même principe. Et puis parfois en ayant plusieurs programmes, après c'est bon ça va. Il y avait des études sur l'obésité... Enfin sur des patients obèses qui intègrent des programmes, des cures qui se font tous les ans. Et bah hop ils reprennent, tac, ils reprennent, et puis à un moment donné, au bout de quelques années, ça peut donner, mais il y a vraiment un potentiel de personnes obèses qui arrivent à maintenir très faible.

EAPA05: Après pour revenir au programme sport sur ordonnance, l'intérêt du programme que EAPA04 dispense, c'est que dans le cœur de leur contenu, il y a vraiment une acquisition de compétences du patient en fait, des compétences en activité physique et des compétences en psycho-social. Et le but c'est que par cette acquisition de compétences, on va vraiment essayer de faire en sorte que la personne pérennise parce qu'elle a appris des choses. C'est ce qu'on fait en SSR aussi en fait. Elle aura appris des choses pour maîtriser son activité physique en autonomie, elle aura peut être aussi acquis des compétences psycho-sociales qui vont être d'arriver à se confronter au regard des autres, arriver à se dépasser, enfin plein de choses comme ça qui vont mettre toutes les chances de son côté pour pérenniser en fait. C'est ça le «nerf de la guerre», c'est que les gens pratiquent régulièrement. Et un des intérêts de ce programme là (c'est pour ça que j'ai dit «ouais! Vous le faites!»), c'est le petit plus que de simplement s'inscrire à une activité avec un éducateur sportif lambda qui va juste proposer l'activité physique en question en fait, mais sans rien d'autre derrière... Et c'est ça l'intérêt du sport sur ordonnance, je trouve.

EAPA04: Il y a un côté bénéfique de ce qui se passe en ce moment à Sallanches, pas dans mon groupe mais dans le groupe d'un de mes collègues, leur séance c'est le vendredi, et le lundi il y a une partie du groupe qui se retrouve pour faire de la marche ensemble.

MG04: En autonomie?

EAPA04: Oui

EAPA05: Et bah ça c'est super!

EAPA04: Et du coup ils se sont lancés dans le truc, et ils continuent ensemble.

MG04: Ils prennent des binouses [rires].

OK... Bon vous en avez déjà beaucoup parlé... Les bénéfiques, quels bénéfices en attendre? Vous en avez déjà mentionné beaucoup, est ce que vous en voyez d'autres?

EAPA05: Les bénéfices de quoi? De l'activité physique ou du sport sur ordonnance?

Pas du sevrage tabagique [rires]. Oui de l'activité physique dans un premier temps et plus précisément du programme de SSO.

MG05: On peut dire qualité de vie comme ça on a tout pris en compte. Non?

EAPA05: Oui, oui tu as le bénéfice en terme de qualité de vie, le bénéfice sur le versant plus psychologique, sur le versant plus social, versant plus physique, et puis là on peut faire une liste dans chaque partie.

Comme vous voulez. Et puis là vous en avez déjà beaucoup parlé, je ne vais pas trop vous embêter avec ça. On va passer à un 2^e thème, la relation médecin généraliste - enseignant APA. Comment vous l'envisagez? En premier lieu, à votre avis, vous médecins généralistes, quel doit être votre rôle? Est ce que vous signez juste un certificat et vous les laissez faire? Est ce que vous vous impliquez un peu plus? Les enseignants APA qu'est ce que vous attendez des médecins généralistes?

EAPA04: Alors ce dont nous on a discuté à notre réunion, c'est qu'en gros, et ça ne concerne pas que les médecins, c'est la surcharge de travail qui peut être un frein pour certains. Il y en a qui sont très motivés donc ils sont à fond dedans, mais certains ont un petit problème à faire plus. Et du coup ce dont nous on avait convenu et je trouve que c'est pas mal, c'est de faire un retour à la fin du programme pour que le médecin ait l'info de ça au moins. C'est vrai que au moins comme ça le patient en parle au médecin et donc ils ont des retours, eux, et ce qui a été convenu c'est que nous on leur fait un retour avec un commentaire libre de ce qu'on a fait.

Alors ça c'est plutôt dans le sens inverse de la relation, effectivement.

EAPA04: Alors après nous ce qu'on a c'est aussi un petit résumé du patient, avec les petits points de vigilance qu'il faut avoir sur la personne.

MG04: Et pour faire le lien avec le monde médical qui est toujours euuuuh... Les médecins on est sûrs de tout savoir [rires]. Comment vous abordez les médecins sur ça? Moi j'ai... si j'ai reçu un enseignant APA qui est venu m'en parler pendant une consultation. Mais sinon je n'ai pas reçu grand-chose en terme d'information, j'ai du répondre ààà... Si il y a déjà du y avoir une thèse je crois de faite...

EAPA05: Sur quel thème la thèse?

MG04: Je ne sais plus... Mais c'est pas la première fois!

EAPA05: Sur le sport sur ordonnance ou sur l'activité physique en général?

MG04: Sur le sport sur ordonnance je crois.

EAPA05: Parce que moi j'en ai lu une sur l'activité physique.

Il y en a eu une sur l'activité physique aussi, après c'était su quali, donc peut être tu as fait un entretien. Et puis une 2^e sur le sport sur ordonnance mais dans le Chablais.

EAPA05: Oui bah celle qui est à l'origine du projet, de je sais plus comment il s'appelle.

MG04: Mais euh... Il faut les rencontrer moi j'aurais bien aimé avoir un petit film ce soir d'une séance... Vous faites ou pas? Savoir ce qu'il se passe quoi.

MG05: Ce serait bien aussi de faire... Peut être que vous le faites déjà, sur le bilan initial de faire un retour au médecin.

EAPA04: Euuuuh... ça on va le faire, oui.

MG05: Ça c'est top parce que nous on le reçoit, et puis on a le patient...

MG04: Ça permet de motiver le patient. Mais faut pas que ce soit trop long, faut pas que ce soit un bilan podologique qui fait 15 pages.

MG04: Ouais juste les conclusions.

EAPA04: Non mais c'est pour ça on avait dit qu'on allait faire eeuuh... Il y a une partie pour l'instant on a un Excel, où on remplit toutes les cases en fonction de ce qu'on fait. Et du coup les médecins trouvaient ça lourd parce que regarder toute l'évaluation, tout ça...

MG04: Oui il faut que ce soit synthétique.

EAPA04: Et du coup ce qu'on voulait faire c'est d'envoyer une synthèse du premier bilan et du dernier. Donc avant-après. Et après on va le transmettre les présences ou les absences des patients en disant «il a fait les 16 séances» ou «il les a pas toutes faites».

EAPA05: C'est pas fait encore? Je pensais.

EAPA04: Bah on n'a pas terminé les groupes.

MG04: On va pouvoir les faire culpabiliser un peu les gros! [rires]

EAPA05: Ils ont pas dit que c'est structuré comme ça en fait? Ca n'a pas été...

EAPA04: Bah en fait on a vu qu'on aller synthétiser différemment.

MG05: Ouais alors attends moi je pense que le nombre de séances, «il est pas venu à tant de séances» euuuh...

MG04: Ouais c'est un peu culpabilisant

MG05: C'est un peu casse-gueule ça en fait!

EAPA04: Non c'est plus dire euuuh... C'est pour vous en fait.

EAPA05: C'est des informations par rapport aux exercices, si la personne a fait 2 séances et qu'il n'y a rien qui se passe, faut que ça évolue.

MG05: Ouais mais bon, le patient forcément il peut le voir le truc... Enfin je dis ça, je vois les choses comme ça. Ou alors il a du faire tant de séances sur ça.

EAPA04: En gros nous on va pointer le nombre de séances qu'ils ont fait.

MG05: Parce que si c'est nous qui les envoyons, après on va se faire engueuler...

EAPA04: Non, non après nous... Enfin moi je note les personnes quand ils viennent aux séances. Après s'il est venu aux 16 séances mais qu'il a eu 3 semaines de vacances, ou il y a eu 3 semaines où il n'a pas pu venir pour X raisons, il fera les 16 séances quand même. Mais si quelqu'un arrête au bout de 16 séances, c'est vous le dire, que vous soyez au courant. Après s'il a fait les 16 séances on dira «il a fait les 16 séances», qu'il les ai dispatchées ou pas, je ne sais pas si on va le noter, sauf s'il y a quelque chose de particulier, mais s'il a juste été en vacances, on va pas forcément pointer du doigt quoi.

MG05: Mais moi quand même, un bilan initial, qu'on reçoit, parce que si on reçoit le patient derrière, que... Enfin après c'est peut être que pour moi mais... Enfin pour moi ce serait un bon support pour les motiver.

EAPA05: Mais il me semble que c'est envoyé... Les secrétaires elles envoient pas ça?

EAPA04: En fait si, en gros on transmet le bilan initial, mais les médecins de Sallanches voulaient un truc avec un résumé, pour pas avoir tout le dossier qui est un peu lourd pour eux.

EAPA05: Ouais donc ça demande de retaper.

EAPA06: Une synthèse quoi.

EAPA04: Parce que sinon oui on a... C'est un document Excel qui tient sur une page. Une fois qu'on l'a vu une fois et qu'on l'a pigé il n'est pas si compliqué que ça mais c'est qu'il faut se l'intégrer.

MG05: Même quitte à donner un truc à donner... enfin je ne sais pas si c'est faisable... un truc à donner au patient et lui dire «bah quand vous allez voir votre patient il faut lui donner».

EAPA05: Vous vous voulez les résultats des tests physiques par exemple, et les activités qu'on lui a conseillées?

MG05: Non, non, mais un bout de courrier, un petit mot, pour montrer qu'il y a des échanges et tout ça, les gens ils aiment bien aussi. Bon après peut être pas pour tout mais si c'est faisable pourquoi pas ouais.

EAPA04: Après, pour l'instant en fait la limitation apparemment à Sallanches, c'était euuuh le temps en plus dans la journée de travail... Pour certains médecins. Que ça pouvait prendre du temps.

MG05: Je suis pas persuadé mais bon c'est aussi un réflexe, est ce que ça prend vraiment plus de temps?

EAPA04: Ça prend un petit peu plus de temps. Parce qu'il y a 2-3...

MG05: Non après, si tu veux, initialement, il y a toujours des trucs qui prennent plus de temps... Mais dans le suivi, après tu en discutes comme ça et...

MG04: Le dossier pour entrer dans le programme, on prend combien de temps pour le remplir?

EAPA04: En terme de temps, je ne peux pas dire, après il y a...

MG04: La question en corollaire, c'est «est ce que c'est une consultation dédiée ou pas?»

EAPA04: Nous ils le font pas en dédiée, je ne pense pas.

MG04: Ça pourrait l'être.

[Il montre le dossier].

EAPA04: Du coup il y a un truc à remplir à la fin. Du coup comme il disait c'est surtout la première fois où ça prend un peu de temps, parce qu'il faut connaître le document quoi.

MG05: Ouais mais franchement c'est intéressant.

EAPA04: Après du coup on veut aussi faire des flyers, pour que ce soit aussi un peu plus parlant.

MG05: Si tu connais des gens qui sont intéressés dans les Aravis.

EAPA05: Mais ça je pense qu'il faut contacter le réseau ACCCES.

EAPA04: Bah en fait apparemment ça ne marchera plus avec le réseau ACCCES apparemment.

EAPA05: Bah alors ça je ne suis plus au fait...

EAPA04: Ils n'ont pas eu le...

EAPA05: Le financement?

EAPA04: Ouais, c'est une autre association qui l'a eu.

EAPA05: Le CDOS?

EAPA04: Je ne sais plus mais c'est pas ACCCES a priori.

Mais c'est sur ça du coup? C'est officiel?

EAPA04: Ouais, mais ça ne change pas grand-chose, c'est juste que le financement ne va plus passer par le même organisme. Mais pour nous ça ne changera rien.

EAPA05: Ça ne sera juste pas la même personne qui organise.

MG05: Et juste une question euuuuh, là, les pathologies... Forcément, il faut qu'ils soient en ALD à jour et tout? Comment ça se passe pour les remboursements?

Tu as déjà envie de tricher?

MG05: Bah non mais après, ils sont plus ou moins réglés... Enfin c'est toujours pareil, et puis il faut le temps pour les mettre en ALD et tout, enfin tu vois... Tu perds 6 mois parce qu'il est obligé de revenir...

MG04: Et par rapport à la transmission des données médicales?

MG05: Donc il faut être en ALD ou pas?

EAPA04: Bah potentiellemennnnnt...

MG05: Lombalgie chronique de plus de 3 mois, mettre quelqu'un en ALD pour une lombalgie de plus de 3 mois euuuuh... Parce que là c'est marqué «autres pathologies» [ils discutent du document].

EAPA05: Oui mais regarde c'est marqué «être atteint d'une des pathologies suivantes».

MG05: Oui mais est ce qu'ils sont bien payés, enfin, est ce qu'ils sont correctement remboursés dans ce cas là?

EAPA04: Ah oui, à partir du moment où ils rentrent... En gros vu que c'est euuuuh... pour l'instant l'idée de ce réseau c'est de potentiellement changer après, que ce soit pris en charge par la sécu, et par ce réseau en fait...

MG05: Ah oui c'est le réseau!

EAPA04: Je ne suis pas sûr qu'il y ait un gros contrôle...

EAPA05: Si, si c'est contrôlé!

EAPA04: Ils contrôlent qui y est rentré dedans?

EAPA05: Ouais en fait l'ARS donne l'enveloppe, et après quand ils font leur bilan annuel, il faut qu'ils expliquent, qu'ils justifient euuuuh... bah en fait l'enveloppe, parce que vous donnez les factures à chaque fois pour être payé.

EAPA04: Oui mais, pour les ALD?

EAPA05: Ah non, alors là... Je ne crois pas.

EAPA04: Pas sûr.

EAPA05: Non, non mais il faut que le patient soit atteint d'une des pathologies.

EAPA04: Oui mais si jamais, le médecin, on va dire, il n'est pas tout à fait dans les critères, est ce qu'il y a un truc qui fait qu'il y aura vraiment un refus?

EAPA05: Bah «surpoids» ça peut aller vite hein!

MG05: Oui surpoids, lombalgies... du coup j'ai plein de patients à t'envoyer!

EAPA04: Ah potentiellement il y a du monde hein!!

Après vous disiez que vous vouliez un retour... idéalement... euuuuh... Ça c'est plutôt ce qu'on attend des enseignants APA au final. On est passés vite sur le rôle du médecin généraliste. En gros vous voulez un retour, pourquoi? Vous envoyez un patient dans le SSO, faire de l'activité physique adaptée. Vous, votre rôle ce sera quoi? Vous faites la première consultation vous lui dites «va faire ton sport sur ordonnance et tu te démerdes avec l'enseignant APA», ou est ce que vous vous avez un rôle en plus, et si oui quoi?

MG06: Bah il y a un rôle motivationnel en premier lieu hein.

MG04: Oui la motivation.

MG06: Si on crédite déjà la validité, enfin l'intérêt du plaisir et tout ça, c'est déjà une première pierre posée pour donner du crédit, après on sait que tout ce qui est motivationnel c'est des choses répétées quoi.

MG05: Ouais c'est pas mal!

OK, on va repasser à un autre thème, pareil vous en avez déjà pas mal parlé, c'est le sport sur ordonnance en Haute-Savoie. Je vais poser la première question plutôt pour les médecins généralistes: avant qu'ils vous donnent toutes ces informations là, pendant ce temps, est ce que vous connaissiez le sport sur ordonnance, est ce que vous aviez une idée de comment ça se passait?

MG05: Bah concrètement comme il n'y a rien autour de nous...

Qu'est ce que vous saviez avant qu'ils vous expliquent?

MG04: On savait que c'est une formation diplômante, on savait que ça concernait certaines catégories de patients, euuuuh... Que ça concernait pour le moment que les zones urbaines ou péri-urbaines assez denses, que nous dans nos campagnes il n'y a rien, et que si on veut essayer de mettre quelque chose en place dans nos campagnes c'est pas simple au niveau du financement. Moi c'est ce que j'en avais entendu.

MG06: Moi j'avais simplement entendu parler que ça commençait à arriver le sport sur ordonnance, mais comment ça se passe, quelles structures en place, pour qui, pourquoi, pas du tout au courant.

MG04: Oui vers qui se tourner aussi.

MG06: Même les structures, tout ça.

En gros c'est ça le principal problème que vous identifiez?

MG05: Ouais l'interlocuteur! S'il y a un type qui vient demain à mon cabinet et qui m'explique tout... Enfin maintenant je suis au courant mais voilà... C'est un peu ça le problème.

Et pour vous les enseignants APA? Le système du sport sur ordonnance en actuellement en Haute-Savoie vous l'avez déjà pas mal décrit, vous en pensez quoi actuellement? Est ce que vous pensez qu'il pourrait y avoir des choses qui permettraient de l'améliorer?

EAPA05: Bah, pas forcément sur le contenu, mais moi je connais un peu parce que j'ai travaillé à ACCCES, mais depuis que j'en suis partie... Je ne sais pas ce qui s'y passe. Donc en fait c'est la remarque que tu avais fait quand on l'a rencontré la première fois,

euuuuh... Nous enseignants APA, même nous on ne sait pas ce qui s'y passe forcément, on n'a pas de communication non plus là-dessus...

EAPA06: Le sport sur ordonnance euuuuh... pff... on n'a jamais eu de comm personnelle dessus.

EAPA05: Alors que potentiellement on pourrait aussi communiquer là-dessus.

EAPA04: En fait, c'est qu'il n'y a pas du tout de lien entre les APA, déjà entre nous si on n'est pas dans un réseau défini, et encore moins avec les médecins. Il n'y a vraiment aucun moyen de discuter à part aller taper à des portes...

EAPA05: Et puis nous les médecins, sans médecin, bah on ne fait rien quoi. En plus, ce que dit le médecin pour le patient c'eeeeest... pffff [lève les yeux pour dire que c'est parole d'évangile]. Donc tant que le médecin ne nous a pas légitimés, bah il ne se passe rien quoi...

MG04: C'est terrible!

EAPA05: Non mais c'est ce qu'il se passe!!

MG06: En plus c'est terrible parce que comme tu disais, enfin l'aura du médecin qui sait tout euuuuh... Enfin je pense que maintenant ça change un petit peu et puis maintenant on est tous assez réalistes sur nooooo... enfin je ne sais pas, peut être pas tous... Sur nos limites, mais quand je vous entend parler je me dis que vous avez une compétence qui est extra... enfin je veux dire, c'est clair qu'on est complémentaires et que vous avez un travail que l'on ne peut pas faire.

EAPA05: Ouais, mais ouais, mais sans vous on ne fait rien quoi.

MG05: Mais moi je verrais les APA, comme n'importe quel interlocuteur... Comme je disais tout à l'heure quand j'envoie quelqu'un chez la diététicienne ou l'orthophoniste ou n'importe quoi, je veux un bilan euuuuh... Bah va faire faire le bilan orthophoniste, dyslexie, orthographe... J'ai lu ça ce matin c'est pour ça que je prends cet exemple là... Bah là ce serait pareil, ce serait avoir un bilan, un retour, de la même façon que ces gens euuuuh... que les plus connus, orthophoniste, podologue, euuuuh... Kiné mais on a jamais de bilan. Mais voilà ce serait intéressant de voir les choses comme ça pour moi.

MG06: Je valide.

MG05: Mais ouais mais comme tu dis nous on n'a pas les compétences pour trouver ce qui est adapté à tel ou tel patient. C'est votre travail ça.

EAPA04: Après je pense que le gros frein qu'il y a jusqu'à présent c'est que vu qu'on n'est pas remboursés pour le moment, on ne peut pas s'installer comme un kiné, un psychologue...

MG05: Oui mais un psychologue ce n'est pas remboursé, diététicien ce n'est pas remboursé, et moi franchement les gens ils y vont quand même, pas tous mais...

EAPA06: C'est dur, moi je connais des gens qui se sont mis à leur compte, dans d'autres régions, mais c'est dur, et je crois qu'ils n'ont pas beaucoup de monde.

MG05: Les ostéos aussi, les gens ils vont chez l'ostéo...

EAPA04: Après il y a aussi que tout le monde sait qu'une diététicienne existe. Peu de monde sait qu'il y a des professions d'activité physique adaptée. Dans la population générale en tout cas.

MG05: Oui mais, faut mettre de la pub partout quoi.

EAPA04: Après il y en a de plus en plus mais...

EAPA05: Enfin il y en a qui arrivent à être à leur compte et ne faire que ça mais c'est compliqué.

MG05: Bah s'il y en a ils ne font pas de pub!

EAPA05: Bah ils ont du boulot [rires]! Non mais il y en a un petit peu.

MG05: Et puis après il faut faire le lien entre ces gens là peut être et le milieu médical.

EAPA04: La plupart des APA sont hospitaliers, ou alors ont une activité qui est déjà définie en dehors de cette façon de faire libérale quoi.

EAPA05: Bah il y a toi maintenant.

EAPA04: Oui enfin je fais une heure par semaine.

EAPA05: Oui mais tu as le statut maintenant.

EAPA04: Ah oui!

MG05: Quand tu fais le programme de 16 semaines... Je suis désolé je pars un peu... C'est des trucs très définis? C'est vous dans votre structure qui proposez 16 semaines, ou par exemple je ne sais pas c'est comme une cure ça fait 21 jours...

EAPA04: Pourquoi c'est 16 semaines?

MG05: Mais toi c'est 16 semaines, c'est dans votre structure ou c'est des recommandations...

EAPA04: Non c'est le protocole.

MG05: Mais le protocole de quoi?

EAPA05: Qui est validé par l'ARS pour le sport sur ordonnance.

MG05: Oui donc c'est pour tout le monde.

EAPA05: Ouais.

EAPA04: Après au niveau des recommandations, elles varient sur plein de trucs, quand on dit qu'une certaine pathologie où on dit «c'est bien de faire, en fonction de telle pathologie, 3 fois ceci», là du coup c'est une base d'un protocole qui est mis en place par l'ARS.

MG05: Bah tu vois ça c'est intéressant, je ne le savais pas.

MG04: Mais c'est propre à l'ARS Rhône-Alpes-Auvergne ou c'est toutes les ARS?

EAPA05: Non je crois que c'est que celle là. C'est un projet qui avait été créé à la base pour cette ARS.

EAPA04: Je crois que toutes les ARS ne font pas ça.

Tu as raison. Il n'y a rien de national.

MG05: Faut faire de l'info. C'est super intéressant!

MG04: Donc c'est pas pérenne.

EAPA04: Du coup après c'est sur que le mieux ce serait qu'il y ait un truc à échelle plus globale, où il y a des infos qui se diffusent à échelle plus globale quoi.

EAPA05: Vous avez des canaux de communication vous en tant que médecins? Comment on fait si on veut diffuser quelque chose à tous les médecins?

MG06: L'Ordre.

EAPA05: Oui mais l'Ordre, pas n'importe qui peut y accéder!

MG04: Non mais par contre l'URPS aussi. Pour les libéraux.

EAPA05: Ah ok.

MG05: Tu reçois beaucoup de choses d'eux?

MG04: Ouais! Tous les travaux de thèse.

MG05: Ah ouais! Peut être que c'est pas mal [rires].

Et du coup EAPA04 tu disais qu'il y a peu de gens qui savent qu'il y a des professionnels de l'APA, EAPA05 tu disais «on n'est pas validés» par les médecins dans la tête des patients.

EAPA05: Légitimés!

Oui légitimés pardon. A votre avis pourquoi?

MG05: Bah déjà si on était au courant aussi...

EAPA05: Non mais je ne dis pas que tous les médecins ne nous légitiment pas mais à partir du moment où un médecin nous a légitimé auprès de son patient, ce qu'il a dit c'est parole d'évangile, on peut y aller quoi.

MG05: Oui mais après c'est comme n'importe quelle profession, je veux dire si on ne connaît pas qui est l'interlocuteur, c'est dur d'adresser. C'est tout l'intérêt des réseaux d'ailleurs.

EAPA05: Moi je disais ça plutôt dans le contexte par exemple, ça m'est déjà arrivé de donner un conseil à un patient, il me croit à moitié, et un quart d'heure après le médecin lui dit, «ah c'est bon je vous crois, car le médecin a dit ce que vous avez dit».

MG05: Oui et puis il y a aussi des médecins qui vont te contredire pour leur plaisir, sauf que tu as raison, ça c'est...

EAPA05: Non, non, non, le médecin a été, c'est bon, mais c'était pour confirmer que le patient m'a cru une fois que le médecin avait confirmé que ce que j'avais dit était bon. Et ça arrive tellement souvent ça.

MG05: Non mais il y en a à qui ça fait plaisir de contredire. Une autre génération souvent mais c'est incroyable, c'est un plaisir de contredire. Nous on est dans l'état d'esprit a priori que vous êtes complémentaires et il y a des gens, c'est paternaliste, c'est faire sa voix...

EAPA05: Après bah on se tait, on baisse la tête et puis on change de chemin.

MG05: Mais il y en aura toujours comme ça...

Et du coup MG05 tu disais «si on ne sait pas»...

MG05: Bah...

EAPA06: Déjà toi tu ne connaissais pas l'APA?

MG05: Si j'avais quelques notions tu vois parce que je viens de faire la capa. Mais même dans la capa ils n'en parlent pas.

EAPA06: Ouais c'est ça souvent nous on dit «on est enseignants en activité physique adaptée» euuuuh... Souvent les gens me demandent mon métier, je suis là pfffff...

EAPA04: On va prendre 2 secondes...

EAPA06: «Je dis, je ne dis pas?». Déjà ils me regardent, OK donc... et là il faut expliquer les études, etc. Même pour tout le monde, n'importe qui euuuuh... Les gens ils ne savent pas. Même à la fin dans les SSR, les gens me disent «ah oui mais vous infirmière, vous faites quand même du sport», et je leur dis «je ne suis pas infirmière»... Les gens ils ne comprennent rien. «Ah mais vous faites du sport, vous avez une spécialisation?», et je leur dis «je ne suis pas infirmière», «ah mais vous n'êtes pas infirmière??»

MG06: «Vous êtes kiné alors?» [rires]

EAPA06: Ouais voilà! «Vous n'êtes pas kiné?», et là ils se regardent, et toi «bah en fait depuis le début je vous fais faire du sport»... Mais les gens, voilà, souvent il y a le côté on n'est pas ancrés dans les protocoles. Ça vient petit à petit quand même, il y a des gens qui connaissent maintenant, mais...

MG05: Ouais mais à mon sens il n'y a pas assez de communication.

EAPA06: Ah mais oui, oui, oui!

MG06: Ça fait combien de temps que c'est en place tout ça?

EAPA05: Le métier?

MG06: Bah le métier je pense que c'était bien avant, mais toute laaaaaa... Le sport sur prescription, le dispositif avec l'ARS et tout ça?

EAPA04: 2 ans

EAPA05: Deux mille...

La loi? 2016.

EAPA05: Non mais le projet dans le Chablais? 2015-2016 quoi. 2 ans.

MG06: Après, comme tout projet, le temps que ça devienne démocratisé, c'est normal que ça prenne du temps, et puis c'est vrai que là nous en tant que médecin, on est en réseau avec plein de trucs euuuuh, du coup des fois d'avoir quelque chose, peut être que l'information est passée, mais de là à ce que ça devienne pertinent dans le projet thérapeutique, ça reste une étape suivante.

MG05: Bah après, le formulaire, le livret d'information c'est bien ça! Ça ne prend pas trop de temps dans la consultation, tu en reparles après, c'est plutôt bien non?

MG06: Ouais

MG05: Ça peut être un outil je veux dire.

MG06: Ah bah oui, oui. Déjà un début quoi.

EAPA06: Et puis, je pense que les médecins ils ont besoin, et c'est normal, comme n'importe quel interlocuteur, de voir si ça marche. Moi je vois dans le cadre du SSR au début, quand ça s'est monté, les gens, il y a des médecins généralistes, le patient fait un

infarctus, il est jeune, ils disent «bah non, vous n'avez pas besoin de faire une réadaptation cardiaque, vous c'est bon, vous faites déjà du sport», et ces gens en ont entendu parler, ont entendu que c'était bien, du coup ils insistent, ils viennent quand même et à la fin ils se disent «mais c'est fou que mon médecin ne veuille pas que je vienne, je ne comprends pas», et ils retournent vers lui en lui disant «en fait c'était génial, j'ai appris beaucoup de choses, heureusement que je l'ai fait», et du coup les gens ils nous envoient plus... Au début c'était pas forcément... Parce que ça passait par l'hôpital mais des fois aussi on peut nous envoyer, suivant la région, des gens plus tard quoi. Parce que dans les 6 mois on peut faire une réadaptation cardiaque. En théorie quoi...

MG05: En théorie parce qu'il n'y a pas assez de places sur la région je crois...

EAPA06: Oui, voilà, mais dans le sens que les médecins généralistes, ils étaient là «mais c'est quoi? Ouais, pffff, bon, je ne suis pas sûr que ce soit bon pour tous les patients». Beaucoup de réticences...

MG04: Mais il y a aussi le fait que avant, on avait un problème coronarien, on ouvrait le coffre, sternotomie... Ca marquait un peu plus quoi! Et derrière, physiquement, il y avait de la douleur, tout. Maintenant on va poser 3 stents, pffff. Le lendemain le patient est sorti... Banal! Mais la coronaropathie elle est toujours là.

EAPA06: Voilà! C'est ça! Et du coup ben petit à petit on voit quand même que ça rentre dans les mœurs de faire des réadaptations. Comme un problème de genou on fait de la rééduc, bah là on fait de la réadaptation. Et je pense que c'est un peu pareil pour le sport adapté. Ca rentre dans les mœurs...

MG04: Sans être provocateur ni polémique, je pense qu'un des freins dans la relation soignant-soigné, ça va être le côté un petit peu paternaliste et infantilisant d'aller dire au patient «je vous prescris du sport». Ça va un peu contre le principe d'autonomisation des patients, et d'une relation soignant-soigné plus équilibrée. Et je pense que ça peut être un des freins.

EAPA06: Oui c'est vrai.

MG06: Et c'est là où peut-être l'approche motivationnelle, ce serait de suggérer à l'autre d'ouvrir la case.

MG04: Oui voilà, plus sur un mode de suggestion que de prescription.

EAPA04: Et puis après c'est aussi euuuuh... Moi j'ai eu le cas dans des pathologies cardiaques, celui qui a été très sportif, qui du coup vient de faire un infarctus parce qu'il a couru après son bus, et euuuuh, qui va se remettre au sport un peu tout seul, qui va sentir son cœur repartir, et qui va avoir très peur.

MG05: Ou celui qui reprend agressif...

EAPA04: Ouais, il y a celui qui ne s'écoute pas du tout et qui fait n'importe quoi, ou il y a celui qui va ressentir son cœur battre et ça va être une angoisse pour lui. Et du coup il ne va plus du tout bouger, parce que le fait de sentir son cœur battre il va se dire «ah merde je vais peut-être refaire un infarctus». Donc il y a aussi, même pour celui qui sait on va dire faire du sport, il y a aussi le fait de venir pour, ou limiter celui qui en fait trop, ou lui dire «bon ça c'est normal, ça ça ne l'est pas» enfin voilà, le guider un peu sur ça. Parce que des fois ce n'est pas parce qu'on a été un bon sportif qu'on va savoir gérer. Ouais après dans le discours...

EAPA06: Ouais moi je dirais que c'est plutôt les sportifs les plus flippés et les jeunes. Il se disent «moi je suis sportif, le cœur c'est important». Et c'est souvent les plus flippés hein.

EAPA04: Mais du coup se remettre au sport, c'est plutôt dans l'approche, le discours qu'on a avec eux, en disant «on ne vas pas vous apprendre à faire du sport, c'est peut-être vous aiguiller pour savoir où aller, comment faire» quoi. Plus que dire «on va vous apprendre à courir» si vous avez couru toute votre vie, non quoi. Plus se dire maintenant qu'est ce qu'il se passe et comment on fait la transition pour revenir à quelque chose qu'on faisait ou qu'on aimerait faire quoi.

MG06: Pour beaucoup de pathologies, je me dis, c'est le tout de dire «si vous faites ce sport vous aurez moins mal», enfin «je vous encourage à faire ça, ça va vous aider à gérer votre douleur». Dès qu'il y a quelque chose ou le patient voit son intérêt, «ouais bah votre cœur, vous allez pouvoir refaire des activités de votre quotidien sans crainte» etc, grâce au sport et tout ça...

EAPA05: Mais quand c'est vous qui le dites ça «boum», quand c'est nous c'est moins. Mais c'est vrai, auprès des patients.

EAPA04: Après oui je pense que du coup, comme tu disais le vocabulaire que l'on a envers eux, je pense que ça peut changer. Et du coup en ayant une certaine connaissance de ce que font les gens, je pense que ça peut vous aider en vous disant «OK ils ne font pas que bouger les gens». Parce que si vous vous dites qu'on ne fait que bouger les gens, il y a une bonne partie de la population qui est déjà à peu près active et qui vont dire «ça ne sert à rien, je sais marcher». Après si on dit qu'il y a toutes ces choses que l'on apporte entre bouger et la pathologie, qu'il y a ce lien, l'interaction des 2, peut-être que les patients en ont besoin même s'ils ont déjà bougé un peu.

OK. Une autre question, on a déjà vu ça un petit peu. MG05 tu évoquais le manque de communication, vous ne savez pas à qui vous adresser, vous n'avez pas forcément été renseignés sur les modalités de prescription, etc. Est ce qu'il y a d'autres freins au fait que vous ne prescriviez pas du sport sur ordonnance?

MG05: La distance.

C'est à dire?

MG05: Bah leur dire «faites 45 minutes de route pour faire 1 heure de sport... Enfin d'activité physique», c'est un problème. Toi aussi non?

MG04: Ouais

C'est peut-être le problème de beaucoup de médecins ici au final... En Haute-Savoie en tout cas.

MG05: Bah on n'est pas pire que dans le Cantal et tout hein. Non mais c'est vrai, c'est ce que je dis aux gens. Donc non il faut développer des réseaux de proximité comme je disais tout à l'heure. Il faut que ça fasse ses preuves, et peut-être que ça arrivera un jour là haut.

Autre chose? Pas pour l'instant? OK. Et donc au niveau des enseignants APA, pour l'instant EAPA04 tu disais que vous êtes 4, 7 patients par EAPA, ça fait 28, ce qui paraît par rapport au bassin de population pas énorme. A votre avis pourquoi?

EAPA04: Ah bah oui, on sait un petit peu, c'est parce qu'il y a un groupe de 7-8 médecins qui prescrivent. Et il y en a je ne sais pas combien. Et du coup, bah c'est que ceux qui ne sont pas au courant ne prescrivent pas, et du coup ben, à partir de là, on n'a pas une grande partie de la population locale.

MG05: Pourquoi vous n'y allez pas alors?

EAPA04: Voir les gens?

MG05: Voir les médecins.

EAPA04: Ah bah si du coup, il y a eu plusieurs campagnes, et là du coup ils ont des réunions parce qu'ils ont un réseau entre eux dans la vallée. Et du coup ils vont en reparler. Alors je ne sais pas si ça a été fait mais...

MG05: Ouais mais ça ne vaut pas la visite au cabinet.

EAPA04: Ouais après on pourrait tous aller au cabinet... [rires].

MG06: Ils n'ont pas non plus d'activité de commerciaux!

MG05: Ouais mais c'est important de voir un peu les gens.

MG06: C'est clair, ça te met dans le bain tout de suite.

MG05: Les chirurgiens qui s'installent et tout, bah du coup je les connais, je suis rassuré. Enfin je te rassure ils ne viennent pas tous me voir là haut, mais 2-3, à ma grande surprise. Et puis ça fonctionne, après c'est un réseau. C'est de confrères, des chirurgiens, ils connaissent encore plus de choses que nous. Ils donnent leur téléphone et puis voilà.

EAPA04: C'est sûr que voir les gens, ça change les choses.

MG04: Ou dans les réunions de tour de garde, des choses comme ça, il doit y en avoir.

EAPA04: Je crois qu'ils se retrouvent de temps en temps, après c'est sûr que c'est une bonne idée, peut être qu'un jour, on pourra proposer, dans leur réseau, que nous il y en ait un qui vienne présenter ce qu'on fait.

MG05: Après ils sont peut être pas tous aussi réceptifs que moi je peux l'être. Moi je suis encore cool hein [rires].

MG04: Bah on n'a plus de visiteurs médicaux alors...

MG05: C'est vrai. Mais ils viennent pas jusque là haut. Pourtant je prescris hein [rires].

EAPA04: Ça fait trop de route.

MG05: Bah ouais ou alors ils ne pensent pas que je suis là. Manque de communication.

EAPA04: Mais ouais après oui, je pense que oui, c'est vrai que le côté de se montrer, même nous voir les médecins, quand on sait qui a prescrit, qui a fait quoi...

MG05: Et puis après tu as le numéro tu es rassuré... Tu appelles sur le portable, t'as moins l'impression de déranger quoi...

Ok. Et vous en SSR, il n'y a peut être pas énormément de médecins généralistes qui vous adressent directement des patients...

EAPA06: Par rapport au club cœur et santé ou...

Peut être plus au club cœur et santé, mais au SSR c'est les cardiologues qui vous les adressent non?

EAPA06: Bah au SSR c'est vrai que c'est souvent où ils passent par Annecy donc ça vient assez directement... Ca arrive que ce soit des médecins généralistes d'ailleurs parce les gens ont entendu parler de la réadaptation et du coup veulent vraiment faire, et ils ont eu leur infarctus dans d'autres régions, ça arrive. Mais c'est vrai après que le club cœur et santé, c'est principalement les gens qui sortent du SSR ou c'est... Non des fois j'ai eu des patients aussi d'ailleurs, mais c'est vrai que c'est principalement des gens qui sont pas si loin de la réadaptation. Il y en a quelques uns qui viennent, bah leurs copains par exemple.

C'est peu à l'initiative des médecins?

EAPA06: Ah ouais, non franchement il n'y en a pas encore beaucoup. Pourtant, voilà, tout le monde peut envoyer. Maintenant c'est le club cœur et santé mais c'est plutôt un club santé quoi. C'est pas encore troooooop... Vu que c'est «cœur et santé», les gens je pense qu'ils sont fixés sur le fait que ce soit uniquement cardiaque. Et puis ils connaissent pas aussi, vu que la cardio c'est un monde assez fermé... Enfin ici vous connaissez peut être.

MG06: Il faudrait que ça arrive à généraliser le truc à toutes les pathologies.

EAPA06: C'est ça! Finalement ils ouvrent à tout le monde. Moi le club au début c'était que les cardiaques, et c'est ce que je dis finalement ils ouvrent à toutes les pathologies. Je pense que la fédération française de cardiologie veut reprendre tout le monde. C'est bien aussi hein! Mais je pense qu'à terme, ils en parlaient, le cœur club et santé ils voulaient essayer d'être en phase... Ils sont en phase 3 là, donc après les problèmes, et du coup ils voulaient récupérer ceux qui arrivaient du sport sur ordonnance, arriver dire «bah vous avez fait du sport pendant 16 semaines, c'est bien, il faut continuer, venez chez nous, nous on peut vous faire du sport adapté». Et ils font de la marche nordique, ils ne font pas que... Moi par exemple je fais de la gym et du vélo, principalement des séances classiques, après ils font de la marche nordique, ils ont de l'aquagym adaptée, il y a du badminton, ils ont plein d'activités différentes encadrées par plein de professionnels. Ils ont vraiment étendu un lot d'activités. Ils font de la prévention... Il y a plein de trucs.

EAPA05: Vous ça peut être un relais à Sallanches.

EAPA04: Oui on le conseille d'ailleurs. Mais c'est un des seuls quoi.

Ça vous en aviez entendu parler par exemple, du club cœur et santé?

MG06: Mais vous êtes sur Saint-Julien en fait?

EAPA06: Bah il y a Saint-Julien, il y a Annemasse, il y a Rumilly, il y a Thonon, et Sallanches. Donc petit à petit ça vient un peu partout, il suffit d'un certificat médical.

EAPA05: Et l'encadrement en plus c'est enseignant APA.

EAPA06: Bah ça dépend.

EAPA05: A Sallanches ils en ont.

EAPA06: Oui, Nous après ça dépend des activités. Pour la gym le vélo oui, après dans les autres activités, il n'y avait pas que des APA. Il y a eu des coachs athlé santé pour la marche nordique. Il peut y avoir des kinés parfois qui interviennent. Mais c'est pas forcément que des APA, mais c'est des personnes formées.

OK très bien. On va aborder un dernier thème, je vois que vous commencez à fatiguer un peu. Le thème c'est comment faire pour augmenter la prescription par les médecins généralistes et que les enseignants APA aient plus de patients? On a identifié un peu les problèmes, commencé à y répondre. A priori tout le monde est d'accord pour dire qu'il faut un peu plus informer les médecins. Par quelles modalités aimeriez vous être informés vous médecins, et vous enseignants APA quelles sont les meilleures façons d'informer les médecins?

MG05: Bah déjà ils peuvent faire des réunions, c'est bien.

MG04: Oui, oui, moi je pense un peu la même chose, il faut se voir.

EAPA04: Je pense qu'il y a différents niveaux. Je pense qu'au niveau local il faut se voir, mais je pense qu'il y a... Peut-être avant de parler de ça... Il faudrait qu'il y ait de l'information qui arrive de façon générale, que ce soit les patients, les médecins, qu'ils puissent dire «OK, j'ai certains troubles, faire de l'activité physique ce serait bien pour moi, il ya ce type de profession qui permet de faire ça de façon adaptée». Après oui, clairement, sur le territoire savoir qui fait quoi. Mais du coup si tout le monde était au courant qu'il y a quelque chose qui est possible, qu'il y a certaines formations, certaines personnes qui peuvent le faire, je pense que les patients peuvent aussi le faire, aller voir le médecin pour lui dire, et puis après ce sera aux enseignants APA de dire «OK moi je suis ici, vous pouvez vous inscrire parce que vous habitez là, etc».

MG05: Oui c'est ça.

MG04: Les ARS, qui sont très prompts à communiquer avec les médecins, ont très peu voire pas du tout communiqué là-dessus...

MG06: Oui c'est ce que j'allais dire. La communication par les APA c'est une chose, mais en fait si c'est par la voie officielle et qu'il y a un truc par l'ARS qui dit «prescription remboursée», etc.

MG04: Je n'ai pas le souvenir qu'ils aient diffusé l'information.

MG06: Ouais moi non plus. Mais une information par voie officielle qui dit qu'il y a un budget dédié à ça, qu'il y a quelque chose qui est remboursé, et ensuite après éventuellement avoir de l'information pratique, ou en même temps, par mail ou quoi, mais en tout cas par voie officielle, je pense que ça poserait les choses.

MG05: Oui mais alors là... Ce sera encore vachement plus long quoi, de passer par les ARS.

MG06: Oui ce que je veux dire, s'il y a quelque chose qui est centralisé et que c'est par mail, tous les médecins de la région sont touchés en fait, et ça prépare un contact. C'est validé etc, et dire que ça fait partie du circuit, et puis «vous serez peut être amenés à rencontrer», et hop ça prépare le terrain.

MG05: Ouais mais alors ça sera dans super longtemps alors.

MG06: Tu veux dire que la rencontre se fasse?

MG05: Non que le message soit envoyé. J'imagine qu'il faut attendre que les réseaux se développent avant.

MG06: Si les budgets sont donnés par l'ARS...

MG05: Ah oui, mais ça va être super long...

MG06: Bah non, je comprends pas... C'est un mail!

MG05: Oui mais si tu mets les budgets par l'ARS pour tout le monde, je sais pas régionalement...

MG04: Oui mais déjà c'est quel budget de l'ARS?

MG05: Ouais toi tu connais bien les ARS.

MG04: C'est des financements qui ne sont pas pérennes.

EAPA05: Ça c'est le problème. C'est pas pérenne le financement par l'ARS.

MG04: Pour que ça passe de façon pérenne il faut que ça passe par la CPAM...

MG05: Donc là c'est dans à peu près 25 ans si ça évolue comme ça.

MG06: Ah oui voilà, donc c'est pour ça qu'ils ne l'ébruient pas trop.

MG04: Oui c'est ce que je pense.

EAPA05: Je pense que la communication au départ c'est surtout au niveau local.

MG06: Donc si on fait de la comm à fond, ça se met à prescrire, s'il commence à y avoir un intérêt, peut être qu'il y aura des gens qui seront prêts à investir aussi mais...

EAPA05: Bah je pense que l'ARS elle attend des résultats, après bon.

EAPA04: Si je pense que c'est ça, si ils montrent que ça fait gagner de l'argent au final...

MG04: Difficile hein.

MG05: Bah c'est ça que je veux dire c'est qu'il faut du temps.

EAPA06: Bah c'est sur que si personne prescrit derrière ils vont dire «ça ne sert à rien» et voilà.

MG05: J'ai pas vraiment confiance je t'avoue en ce mail de l'ARS.

MG04: Je ne dis pas que ça ne marche pas, mais ça va être très très très très compliqué à prouver.

MG05: On reçoit tellement tout le temps des infos. Parfois en 3 fois quoi, en mail, par courrier.

MG06: Ouais pour être sûr que ça passe.

MG05: Bah ouais mais parfois tu avances quoi, «ah bah ça je l'ai déjà vu».

Donc ouais idéalement, plutôt idéalement des réunions vous pensez?

MG05: Il faut que les médecins viennent.

Après comment faire pour que chaque médecin sache qui est autour de chez lui? Des réunions encore? Est ce qu'il faut autre chose, des répertoires? Des trucs nationaux des trucs régionaux des trucs départementaux?

EAPA04: Bah c'est sûr que si on pouvait avoir déjà un truc au moins régional où des gens sont identifiés par je ne sais quel support mais...

EAPA06: Un site internet.

MG05: Si, ouais, c'est bien, comme les médecins pour la plongée. Au moins tu as des contacts. Je dis ça parce que j'ai vu ça il n'y a pas longtemps. Tu vas sur je ne sais plus quel site, et tu vois le nom des médecins qui ont l'agrément.

MG04: Ah d'accord.

MG05: Bah ça pourrait être pareil. C'est facile à trouver et une fois que tu as un numéro et tu appelles.

Une sorte de répertoire quoi.

MG05: Un répertoire oui, c'est ça tout à fait.

Et quel support?

MG04: Internet!

EAPA04: Je pense qu'Internet c'est plus facile.

MG06: Papier ça se range et ça se perd.

Plutôt internet du coup?

MG05: Papier qui dit qu'il y a un site internet [rires].

MG06: Bah oui un flyer qui dit qu'il y a un site internet.

EAPA04: Ça c'est prévu ouais, des flyers pour mettre dans les salles d'attente des médecins. Il y en a qui veulent aussi afficher ce genre de trucs dans les salles d'attente.

MG05: Bah ouais carrément! Dans les salles d'attente il y a plein d'infos qui passent.

EAPA04: Après c'est bien de savoir qu'il y a des APA, mais il faut que ce soit des APA qui sont dispos pour ça. Et ça pour l'instant...

EAPA05: Après il y en a peut-être, qui sortent de promotion et qu'on ne connaît pas.

EAPA06: Mais justement après je trouve par rapport à notre profession, se mettre directement en libéral quand tu sors d'études... Fin j'en sais rien mais moi je trouve que sans réseau sans rien, tu n'es pas non plus super apte à bosser directement... il faut se dire ça aussi hein! C'est quand même une profession mais quand tu as un peu plus de métier, que tu as déjà vu plusieurs sortes de pathologie, tu es plus apte à bosser dans la sport sur ordonnance, quand tu sors d'études c'est difficile quand même.

EAPA04: Ouais je pense que c'est mieux de passer par une carrière hospitalière ou...

EAPA06: Il faut peut-être que les gens comme nous, qui bossent depuis longtemps, sortent de leur système confortable pour aller dans un système qui est un peu bancal et moins bien défini quoi.

EAPA05: En fait il faut sortir du confort [rires].

EAPA06: Bah c'est un petit peu ça. Un peu comme tu fais toi, peut-être des heures en plus, enfin à côté quoi.

EAPA04: Oui c'est ce que nous on s'est dit dans la vallée, les 4, au début on s'est dit «il faut qu'on essaye de la faire sur notre temps libre»...

EAPA06: Oui et puis ça prend peut-être un 50%, un 100%, à plus long terme quoi.

EAPA04: Mais si tu te lances là, tout de suite, avec 1h30 par semaine... Tu ne vas pas manger grand-chose [rires].

EAPA06: Mais tu fais du porte à porte, tu apportes des chocolats aux médecins, ils seront contents [rires].

EAPA04: Après c'est qui peut faire quoi...

EAPA05: Oui parce que la possibilité de répertoire, ce sont des choses qui avaient été évoquées par le passé, mais au bout d'un moment il faut quelqu'un qui s'en occupe. Le faire, le mettre à jour...

MG05: Qui s'en occupe?

EAPA04: Non je pense qu'il faut l'envoyer aux universités aussi. Pour qu'aussi les jeunes qui se forment sachent qu'il y a ce genre de trucs qui se fait. Parce qu'après une fois qu'on est partis, on n'a plus trop de contacts.

EAPA06: Bah il y a quand même la SFPAPA.

EAPA04: Oui.

EAPA05: On a la société française des professionnels d'activité physique adaptée, qui a un site internet.

MG05: Ouais j'avais vu ça, mais il n'y a presque personne dedans??

EAPA05: Bah par rapport au nombre d'enseignants APA qu'on est je ne crois pas mais...

MG05: Peut-être qu'il y a des répertoires, des bouts de trucs non?

EAPA06: Non il n'y a pas de répertoire des APA je crois. C'est des infos, des offres d'emploi.

MG05: Mais à destination de médecins il n'y a pas grand-chose...

EAPA05: Non mais par contre les médecins peuvent contacter la SFPAPA pour avoir des coordonnées. Après il y a des référents de zone donc il y en a un pour Auvergne-Rhône-Alpes, il peut répondre à une demande. Mais c'est pareil ce sont des gens qui font ça bénévolement...

EAPA06: Il y a des groupes sur Facebook aussi... Réseau Haute-Savoie.

MG05: Après professionnellement parlant passer par Facebook...

EAPA06: Oui c'est sûr, mais finalement les APA essayent, vu qu'il n'y a pas un truc officiel, de se regrouper par région on va dire, pour avoir des infos. Il y a parfois des questions aussi, «voilà je me lance, si vous avez déjà fait comment ça se passe?». Je ne sais pas si vous y êtes vous?

EAPA04: Non.

Après l'idée, et c'est la dernière question. EAPA04 tu parlais de vos projets sur Sallanches. Est ce que tu penses, est ce que vous pensez tous d'ailleurs, que dans le Chablais, ou sur Saint-Ju, ou sur Annecy, ils sont au courant de ce que vous faites?

EAPA05: Qui ils?

Les autres APA.

EAPA05: Ceux qui font partie du projet sport sur ordonnance dans le Chablais ou en général?

En général.

EAPA05: Ah bah non c'est sûr que non.

EAPA06: Moi je ne savais même pas que vous existiez [rires].

EAPA05: Moi depuis mars je ne suis plus au courant de grand chose. Je suis au courant de ce que vous faites parce que j'étais là au démarrage mais depuis que je suis partie rien.

MG05: Vous êtes solidaires entre vous [rires].

EAPA06: Je ne savais pas qu'il y avait quelque chose sur Sallanches.

EAPA04: Après un collègue avait contacté ceux de Thonon.

EAPA05: Oui mais entre APA dans le projet sport sur ordonnance encore il y a un lien, mais ceux qui travaillent en dehors de ça, moi depuis que je ne suis plus là-bas, je ne sais rien quoi.

Et du coup est ce qu'il y a un truc à faire là-dessus, et si oui quoi?

EAPA05: Pour qu'on sache entre APA ce qu'il se passe?

Bah au moins.

EAPA05: Je trouve qu'on savait plus de choses il y a plus de choses il y a quelques années parce qu'au niveau de la SFPAPA il y avait 2-3 personnes qui s'étaient motivées au niveau départemental, et on faisait 4 fois par an une réunion. Sauf que le gars qui

s'occupait de ça sur Savoie-Haute-Savoie a changé de département. Et après depuis que ça s'est essoufflé et bah on ne communique plus... Enfin... Il faut quelqu'un qui a envie de s'occuper de ça bénévolement.

EAPA06: Il faisait par mail et puis après...

EAPA05: Ouais on avait développé quelque chose à petite échelle au niveau de la Haute-Savoie en terme de communication du réseau. Et puis après ça s'est essoufflé parce que bon... Ça prend du temps quoi!

EAPA06: Et il faut que quelqu'un veuille faire une réunion, qu'on donne un thème, qu'on trouve un truc à mi-chemin... C'est ce qu'il faudrait faire hein.

EAPA05: Mais ça ne se fait plus depuis quelques années.

MG04: Bah vous n'avez pas de temps de coordination rémunérée.

EAPA05: Ah non on le faisait bénévolement...

MG04: Ça a compté.

EAPA05: Bah oui c'est pour ça que personne n'a repris. Tous le monde veut bien venir à la réunion mais ne veut pas coordonner, taper le compte-rendu, diffuser.

MG05: Bah vous cotisez chacun.

EAPA04: Pour payer celui qui fait ça?

MG05: Bah ouais.

EAPA06: En plus nous ce serait assez simple, parce que bon il y a quand même un réseau. Il faut juste lancer une première réunion.

EAPA05: On pourrait... On y avait déjà pensé, c'est un premier pas!

OK. Bon, moi je ne vais pas vous embêter beaucoup plus, des question à vous poser entre vous? Non? Est ce que vous en tant que médecins généralistes, les rencontrer aujourd'hui ça vous a apporté quelque chose?

MG04: Ah bah oui!

Et quoi?

MG04: Bah les connaissances du métier quoi, les spécificités.

EAPA05: On est une profession qui n'est pas connue.

MG05: Et puis avec tous ces vieux cons de médecins qui ne veulent pas vous rencontrer [rires]

EAPA05: Mais non, ils ne sont pas cons.

MG05: Ça dépend lesquels.

OK. Et est ce que vous enseignants APA ça vous a apporté aussi?

EAPA04: Oui, bah oui. Même s'ils ne connaissaient pas grand-chose ils sont très intéressés. Par contre je n'ai jamais rencontré de médecins qui ne sont pas intéressés.

Et ça ne sera probablement jamais le cas. OK, et bien voilà.

C'est parti, ben déjà je voulais vous remercier d'être venu et de participer au travail de thèse. Donc aujourd'hui on est là pour discuter du sport sur ordonnance en Haute Savoie. Euhh, qui est un concept plutôt très intéressant pour les patients mais qui est encore méconnu et du coup l'objectif c'est donc d'identifier un peu les freins à la mise en place du dispositif et puis d'essayer de réfléchir ensemble comment on pourrait lever ses freins entre guillemets. On va commencer, vous allez voir c'est une question assez large. L'objectif c'est que vous nous en disiez le plus possible, plus il y en a plus moi j'ai de matière pour travailler. Et mieux c'est pour moi.

Euh du coup on commence par une question d'ouverture très large. Quelle place accordez vous à l'activité physique dans la prise en charge des patients et pourquoi ? C'est valable pour tout le monde. [rire] Les trois filles, votre réponse elle ...

EAPA07: Oui c'est pour ça, on va peut être laisser parler les ...

Non pas forcément, c'est vraiment, toutes les questions sont pour tout le monde.

EAPA07: Ouais mais bon j'ai peur d'orienter, fin, nous forcément on a un aspect très orienté activité physique oui. Donc c'est pas du tout...

MG07: Bah pour nous c'est important dans tous les cas... du coup la place pour nous est importante de l'activité physique.

Ouais

EAPA08: Après je pense qu'elle est en lien avec pleins de choses, avec pleins d'autres activités paramédicales. Elle est nécessaire dans le parcours du patient.

MG08: Ouais. Moi j'ai pas tout suivi, vous travaillez dans quoi ? [rires]

EAPA07: Ouais on s'est pas présentés.

J'ai oublié! Habituellement dans les autres groupes on faisait un tour de présentation. Ouais donc je vais commencer. Baptiste je suis le thésard, c'est moi qui vous ai embêté avec tout ça et du coup voilà. L'idée est venue tout simplement. Moi je suis assez intéressé par la médecine du sport. J'ai entendu au début de mon internat, le projet d'activité physique adaptée et du coup voilà je m'y suis intéressé. Et puis comme j'ai fait tout mon internat en Haute Savoie, je m'y suis intéressé particulièrement en Haute Savoie. Et du coup j'ai contacté d'abord EAPA07 en premier pour voir un petit peu ce qu'on pouvait faire vu que c'est pas forcément très développé. A part, on va dire, dans le Chablais où ça tourne un petit peu. Mais voilà l'idée c'était de voir un petit peu ce qu'on pouvait faire pour améliorer tout ça.

Ah c'est mon tour ! [rire]

Très bien, je suis urgentiste hospitalier pur souche. J'ai absolument pas grand chose à voir avec la médecine du sport, plutôt avec la traumatologie du sport. Et puis on s'entendait bien tous les deux... Sinon je faisais la capacité pendant qu'il était en stage dans notre service. Et puis c'est comme ça que nous sommes arrivés à parler de ce truc là puis le sujet il est venu tout seul quand tu as cherché un sujet de thèse. J'y connais pas grand chose mais c'est vrai qu'on en a beaucoup parlé pendant la capacité de médecine du sport, du sport sur ordonnance, parce que ça signe, fin moi c'était en 2014 donc ça allait arriver et pis selon les profs c'était ...magique. Et pis du voilà ce qu'il en est 4 ans après. Et puis j'ai une copine qui fait la médecine du sport y'a pas longtemps là et qui me dit qu'elle avait exactement les mêmes cours que ceux que moi j'avais eu. Donc à priori ça n'a pas beaucoup bougé.

MG07: Médecin généraliste sur Annecy, installée depuis peu. Je prends la suite d'un médecin. J'ai été contactée au moment où justement une patiente qui me demandait une ordonnance pour le sport. Donc j'étais complètement paumée. J'avais eu un contact avec le médecin qui s'occupe un peu de ça sur Annecy. Il m'avait donné une piste mais voilà, je suis contente que l'on se regroupe un peu ce soir pour en discuter et découvrir donc pleins de bonnes choses pour mes patients.

EAPA07: Donc EAPA07, je suis enseignante en activité physique adaptée, je travaille au réseau ACCCES et du coup c'est nous qui sommes porteurs en fait, sur la Haute Savoie du sport sur ordonnance. Donc voilà moi j'interviens plutôt sur Annecy mais aussi sur les autres secteurs. Donc c'est vrai quand il m'a contactée du coup, j'ai pu lui donner quelques conseils, quelques noms de personnes à contacter pour sa thèse. Voilà.

EAPA08: EAPA08, je suis enseignante en APA en SRR, en gériatrie et en addictologie à Thiez. Et puis dans le cadre d'une activité qui était autre, la marche nordique... j'étais coach marche nordique à côté... J'avais mis en place il y a quelques années des séances un peu particulières qui permettaient de faire un tremplin sur un retour d'hospitalisation quel-qu'il soit, que ce soit traumatologie ou quel qu'il soit. Euh ... en tout cas un sas pour pouvoir développer et arriver dans l'actif après de façon naturelle. Et puis, avant que le sport sur ordonnance se mette en place, c'est comme ça qu'on s'était mit en lien avec le réseau ACCCES. Et après le projet est arrivé et on nous a naturellement proposé de prendre ces sessions en plus. Et petit à petit il y a eu du monde.

EAPA09: EAPA09, je suis enseignante en APA depuis juin. Je suis arrivée ici en avril. Donc j'ai fait un stage de deux mois avec EAPA08 au SRR. Actuellement je suis à la Salaisienne omnisports. Donc c'est un club sportif et qui est en réseau, enfin, en relation avec le réseau ACCCES. Du coup on a des patients avec le sport sur ordonnance. Et je travaille aussi à l'Hôpital privé de Pays de Savoie en oncologie. Je fais un cours de gym par semaine.

MG08: MG08, médecin généraliste. Je viens de m'installer il y a très peu de temps sur Annemasse. Et donc j'ai fait tout mon internat en Haute Savoie aussi, je m'installe sur Annemasse. Et puis euh ... voilà je le connais et c'est un sujet qui m'intéresse aussi. J'ai jamais prescrit pour l'instant de sport sur ordonnance mais bon ça m'intéresse donc à découvrir.

MG09: MG09, je suis installé dans le bassin annécien depuis quelques années. Je ne connais rien au sport sur ordonnance mais ça m'intéresse parce que je pense que ça peut être très bénéfique au patient, mais je ne sais pas du tout comment ça marche.

Ok. Et bien merci! On va pouvoir revenir à cette première question.

EAPA07: Tu peux nous la rappeler stp ?

Bien sur, bien sur, c'était prévu. Eu du coup la première question c'est "quelle place accordez-vous à l'activité physique dans la prise en charge des patients et pourquoi ?"

MG08: Moi ça fait parti des ... quand je reçois un patient que je ne connais pas ça fait partir des questions de base pour évaluer un peu l'hygiène de vie, la forme globale. Ça va souvent avec les questions sur le tabac, l'alcool, le sport. Ça permet d'avoir une vision un peu globale du patient parce que pour moi c'est vachement important sur euh ... pour l'hygiène de vie, pour se rendre compte de la sédentarité, de toutes ces choses là. Donc c'est important pour le profil du patient. Ça m'aide à voir à qui j'ai à faire. Et je le prendrais en charge peut être un peu différemment si c'est quelqu'un qui a une activité physique régulière, voilà. C'est pas tout à fait les mêmes profils de patients quelqu'un qui fait pas du tout de sport ou euh qui a une activité physique très très réduite.

MG09: Moi c'est pareil. A tout âge, autant chez l'enfant que la personne âgée, ça fait partie des questions assez standards pour connaître les patients et après aussi les prises en charge si possible. Il y a aussi pour les patients patients chez qui on voit des problèmes de dyslipidémie tout ça... on ré-axe aussi nos questions dans ce sens. Mais en gros ça a une bonne place dans notre prise en charge.

EAPA09: Du coup bah... Moi j'en ai fait mon métier parce que je pense que c'est quelque chose d'essentielle pour toutes les personnes avec n'importe quel type de handicap ou de maladie, et euuuh... Et je pense que c'est même primordial dans la prise en charge d'un patient, quel qu'il soit.

EAPA08: Après il y a différentes prises en charge aussi en APA. Il y a tout ce qui est prévention effectivement quand on lutte contre la sédentarité, qui est la prévention primaire tout simplement. Après il y a tout ce qu'y a derrière euh ... l'hospitalisation même, donc il y a un travail qui se fait aussi à ce moment là et il y a aussi un travail qui se fait par la suite. Et le gros travail, qui est le plus dur à mettre en place, c'est de pérenniser pour le patient, enfin la personne qui ne devient plus patient, c'est de pérenniser cette activité pour éviter de retourner dans ce cercle vicieux. Donc je pense qu'elle est primordiale à côté de l'alimentation, à côté effectivement de toute une hygiène de vie, comme vous avez dit, mais elle se retrouve avant, pendant, après, pour moi.

EAPA07: Je pense aussi que le discours a pas mal changé ces dernières années. Moi je sais que quand j'ai démarré il y a 7 ans... Donc du coup je l'ai pas dit tout à l'heure, mais je fais aussi de l'APA cancer à l'hôpital... Moi j'ai quelqu'un qui m'a dit, enfin un médecin qui m'a dit «mais vous êtes criminels de faire faire de l'activité physique à des gens qui ont le cancer. Et voilà, je me dis à l'heure actuelle, en faite, c'est de plus en plus considéré comme un déterminant important de la santé des gens donc l'image que l'activité physique a, par rapport à la santé évolue aussi... Et par rapport au faite qu'on puisse faire faire de l'activité physique aux personnes qu'ont une pathologie chronique alors qu'effectivement euh ... on avait pas forcément ce discours il y a pas si longtemps. Enfin ... il y a encore quelques années moi sur l'hôpital, mes patients avaient des discours de "vous avez un cancer, reposez-vous, ne faites rien". Et en fait ça a beaucoup changé maintenant le discours général des professionnels de santé, pas forcément que des médecins mais de tous les professionnels de santé. Et je pense que ça c'est vraiment une évolution des dernières années qui est importante.

MG08: Et qui est liée à quoi ? Qui est liée au faite qu'on soit un peu plus ... il y a eu du travail de ...

EAPA07: Ben je pense que la littérature scientifique à déjà pas mal évolué, enfin, moi je sais quand j'ai démarré sur activité physique et cancer parce que c'était mon domaine au départ... Moi j'avais fait pour mon mémoire un gros travail de biblio et il y avait beaucoup de choses sur le prévention primaire des cancers et finalement il y avait un début de biblio sur la prévention secondaire pour les cancers du sein, cancers du côlon et les autres cancers étaient pas du tout explorés. Enfin, il n'y avait rien du tout. Et je pense qu'il y a eu des études de menées et qui ont montré que c'était bénéfique pour les patients et du coup les discours ont changé.

MG08: D'accord

EAPA07: Et je pense que les représentations aussi en fait ont changé. Voilà, se dire que ces patients là pouvaient quand même faire une activité physique mais pas forcément n'importe comment non plus, et que ça leur était bénéfique sur la santé générale. Je pense qu'il y a pas mal de choses... Et puis le discours euh .. ben des politiques, de la santé publique aussi. Les politiques publiques aussi ont pas mal évolué la dessus.

MG08: C'est déjà un peu encadré pour la réadaptation cardio-vasculaire, ça c'était déjà...

EAPA07: Oui voilà, il y avait déjà des domaines où c'était cadré. La BPCO ... Il y avait déjà des secteurs ...

MG08: Mais pas cancérologie ou des domaines comme ça...

EAPA07: Même la diabète en fait, il n'y avait pas un discours forcément très structuré sur les patients de diabète doivent faire de l'activité physique... Enfin même la lombalgie chronique. Quand je vois que maintenant la sécu fait des spots publicitaires ... Voilà je trouve ça génial mais je me dis qu'il y a quelques années ...

MG08: Ils ont même fait une application pour euh donner des petites activités physiques et tout

EAPA07: Oui! «Mal de dos» euuuh... Je ne sais plus comment ça s'appelle... Donc je pense qu'il y a une vraie évolution. On est sorti aussi du discours aussi activité physique, sportif de haut niveau, performance ... voilà. Pour rentrer sur quelque chose d'un peu plus ...

MG08: Adapté

EAPA07: Oui et puis, d'un peu plus dans la durée mais pour la santé générale.

EAPA08: Et puis la formation des médecins puisque finalement maintenant c'est un module aussi qui n'existait pas avant. Donc les médecins quand on leur parle d'activité physique c'est «Oula pas de sport»... On parle d'activité physique déjà! C'est vrai je pense, c'est vraiment un discours qui commence à être tenu régulièrement dans la formation du personnel, des médecins, personnels soignants et qui rentre dans les mœurs. Il y a encore du chemin ! Il y a encore du chemin par contre. [rire]

MG08: Ça c'est clair ...

Ok. Tu avais quelque chose à rajouter ? Dis moi.

MG08: Non c'est bon

Ok, on passe à une autre question. Du coup un autre thème. C'est comment faire de l'activité physique adaptée ? Ça va plutôt être une question pour vous parce que vous les filles forcément ça c'est votre domaine. Euh, à quel type de patient ? Quel type de patient vous orienteriez vers de l'activité physique adaptée en première intention ?

MG07: Les patients plus fragiles, sur le plan cardio vasculaire, sur des comorbidités, ceux qui n'ont évidemment pas d'activité sportive. Et les patients qui ont des problèmes psychologiques également. Voilà, c'est à eux que je préférerais un encadrement au début au

moins pour la reprise. Avant j'avais tendance à leur dire de marcher au moins le tour du pâté de maison et c'est vrai qu'avec l'apparition du sport sur ordonnance ça permet quand même d'encadrer ça.

MG08: Ouais moi c'est, je pense que j'aurai plutôt orienté des patients soit sédentaires, diabétiques, lombalgies chroniques, des patients cardiovasculaires. C'est vrai qu'en oncologie j'aurai pas forcément, c'est pas quelque chose que j'aurai fait spontanément. Après ça me paraît complètement logique, il suffit de le dire pour que ce soit logique, mais j'aurais... Je ne sais pas on est focalisé sur autre chose j'ai l'impression en oncologie. Alors que finalement la qualité de vie, l'effort physique, même je pense ça peut soulager beaucoup de choses au niveau du moral, psychologique, ils pensent à autre chose, créer du lien ... En fin il y a pleins de choses hein, donc euh ... J'aurai pas fais...

EAPA07: Après en cancéro, je pense quand le patient va voir son médecin généraliste c'est qu'il est dans un problème aigu lié ou pas à son cancer mais voilà. Et du coup moi je vois que c'est les oncos qui vont les orienter sur l'activité physique en leur disant qu'il faut bouger. Quand il existe des programmes, leur dire «ben il existe des programmes spécifiques pour vous». Et je pense que voilà, moi je comprend que du coup vous n'avez pas la même... C'est pas non plus le même profil de patient entre les patients qui sont en cours de traitement pour un cancer et un diabétique. Nous, dans notre prise en charge... Enfin moi je vois je ne vais pas avoir la même façon de prendre en charge un patient qui est en cours de traitement pour un cancer et des patients plutôt sédentaires qui du coup ont besoin d'accompagnement pour une reprise d'activité physique. Ils sont du coup dans le savoir-être... Enfin la façon de communiquer avec eux, moi je ne communique pas du tout de la même façon, et même eux ils n'ont pas du tout les mêmes réactions face à... Mais du coup je comprends que vous n'adressiez pas forcément vos patients...

MG08: C'est pas quelque chose, du coup, à laquelle j'aurais pensé mais euh, après... Je pense que si un patient était venu me voir, qu'il avait un problème d'un cancer, n'importe lequel, et qu'il me demandait l'autorisation d'avoir une activité sportive de lui-même, au contraire je l'aurais encouragé à continuer... Parce que je pense que c'est important pour se réapproprier le corps aussi en oncologie, ils ont des traitements lourds, ils ont des imageries, des choses comme ça donc leur corps est un peuuuu... Ils ont du mal à se le réapproprier, donc le sport c'est important, je pense que le sport ou l'activité physique c'est important.

Les filles?

EAPA08: Euh... Rappelle moi la question? [Rires]

Quel type de patients?

EAPA08: Quel type de patients, bah... Oui, je dirais presque tous, on va essayer d'être un peu plus spécifiques, c'est vrai que les troubles psychiatriques, même si c'est large, je pense que c'est pas mal et nécessaire. Dans ce que tu disais par rapport à la réappropriation du corps, à l'image de soi, c'est sur qu'ils ont un gros travail à faire là-dessus et du coup... Moi je suis en addictologie et c'est vrai qu'on travaille beaucoup là-dessus pour remonter l'estime, et leur faire prendre conscience qu'ils ont des capacités. En même temps, avec ces patients là, on a un gros travail sur l'observance des traitements en fait, parce qu'ils ont des traitements qui sont lourds donc ça les aide à les assimiler, à les diminuer plus ou moins, donc les ajuster plus ou moins avec le médecin. Donc ça, ce type de public en addicto c'est sûr. Après, tout ce qui est patients sédentaires, qui ont des troubles dyslipidémiques, effectivement ils ont un intérêt bien prouvé aujourd'hui dans le fonctionnement physiologique d'une activité physique. Et pendant une hospitalisation, je pense que l'on oublie en général l'intérêt de cette activité là, on centre beaucoup sur la déficience, «j'ai mal ici, donc il faut qu'on rééduque ici»... Ce qui est nécessaire! Mais il y a aussi tout un ensemble où si ça ne marche pas sur cette rééducation il y a peut être aussi autre chose à voir, donc il y a les APA, mais il y a aussi les psychomotriciens, qui jouent énormément sur l'ensemble du corps... Les ergothérapeutes et plein d'autres que je ne cite pas. Mais on a tendance à toujours se centrer sur la déficience, et l'intérêt de l'APA c'est de voir plus globalement et les mettre dans des situations qui sont autres, donc lors de l'hospitalisation c'est intéressant aussi. Lorsque vous vous les voyez en médecine générale, c'est vrai que ce qui va le plus vous sauter aux yeux c'est le patient sédentaire hein, post-opératoire ou post-hospitalisation ils vont déjà être dans un réseau, déjà commencé à avoir un parcours où ils vont comprendre que leur hygiène de vie elle est importante, et que c'est miser sur leur santé après. Et du coup ils vont être dans une autre démarche, vous allez peut-être moins avoir à les stimuler à ce moment là. Donc ouais moi je dirais tous les patients. Après les douleurs aiguës bien sûr non, il y a plein de choses...

MG09: Même les personnes âgées...

EAPA08: De la gériatrie nous on en fait, j'ai des patients de 95 ans qui viennent faire de l'adaptée bien sûr, mais qui viennent faire de l'activité physique, pour les stimuler... Et puis lutter contre l'isolement hein pour les personnes âgées.

EAPA09: Et puis ça évite de les mettre en maison de retraite par la suite, ils restent plus longtemps à la maison et c'est une bonne chose.

MG07: C'est vaste hein.

EAPA08: C'est très très vaste comme champ.

MG07: Ça peut s'adresser à tout le monde en fait.

C'est le but.

EAPA07: Ouais, après moi je vais quand même en rajouter parce que ça fait partie des directives qui commencent à apparaître sur le sport sur ordonnance... C'est aussi tous les patients qui sont en situation d'isolement social. On voit apparaître des médecins qui nous demandent pour des patients qui sont déficients intellectuels légers, et en fait on sait que c'est une population qui est plus sédentaire et qui a moins facilement accès à l'activité physique que la population générale, et du coup ça fait partie des choses qu'on nous demande deeeee... D'envisager!

MG07: Et sur ces critères là vous avez...

EAPA07: Bah du coup nous, sur la Haute-Savoie, on peut les inclure s'ils ont une autre pathologie, c'est à dire que s'ils sont en obésité... Alors c'est vrai que souvent les déficients intellectuels... Mais voilà, s'il y a une obésité, on arrive à les inclure mais la déficience intellectuelle seule n'est pas un critère d'inclusion pour l'instant. Mais voilà on a aussi des gens qui sont en situation de précarité sociale et on sait que l'activité physique c'est aussi un vecteur important pour les...

MG07: Pour limiter les comorbidités!

EAPA07: Voilà! Donc c'est des choses aussi dont on ne parle pas forcément à l'heure actuelle mais qui vont apparaître, qui doivent apparaître, et je pense aussi que ce sont des gens qu'en médecine générale vous pouvez voir.

MG09: Ah bah oui c'est clair ça.

EAPA07: Mais voilà à l'heure actuelle le sport sur ordonnance c'est plutôt focalisé sur les maladies chroniques, et pas trop les maladies psychiatriques même encore pour le moment... Non sur les consignes que l'on a pour l'instant.

MG07: Les troubles du comportement alimentaire? C'est pas encore?

EAPA07: Non, ça ne fait pas partie de la liste des pathologies qu'on... En fait déjà on est sur des ALD les TCA je ne sais pas du tout si c'est reconnu en ALD.

MG09: Je ne crois pas non...

MG08: Ou alors il faut vraiment que ce soit des cas graves. Mais ils le font un petit peu je pense à la clinique des vallées, sur tout ce qui est anorexie sévère, il me semble qu'ils font des activités sportives justement pour l'image du corps...

EAPA08: De la faciathérapie!

MG08: De quoi?

EAPA08: De la faciathérapie, et par contre c'est des intervenants extérieurs, ils doivent avoir un éduc qui fait juste de la gym je crois.

MG08: Ouais. Ça paraîtrait cohérent dans leur prise en charge de faire quelque chose comme ça.

Peut-être pas pour l'anorexie?

EAPA08: Si!

MG08: Bah si pour l'image du corps, se réapproprier le corps...

MG07: J'ai une amie qui était ancienne gymnaste et du coup elle arrivait pas à reprendre une activité...

EAPA08: On est pas dans une activité d'endurance, tu vas être dans l'activité artistique, l'expression corporelle...

Mais après ouais, les anorexiques qui sont dans le surinvestissement sportif ou des choses comme ça...

MG07: Mais c'est pour éviter justement le glissement d'addiction!

EAPA08: Nous c'est le gros travail qu'on a en addicto, c'est qu'ils cherchent à compenser, et le gros travail qu'on a à faire ça va être de pérenniser en sécurité sans avoir un glissement dans l'addiction.

MG08: C'est pour ça que c'est mieux que ce soit fait de façon cadrée et réfléchie queeee...

MG07: Qu'ils reprennent tous seuls dans une salle de sport, après tu fais un certificat tu te demandes pourquoi... Donc ouais ça permettrait un peu d'encadrer tout ça.

EAPA08: Alors après c'est ce que disait EAPA07, en anorexie c'est vrai que c'est souvent de l'expression corporelle, du travail en groupe, voilà enfin des choses...

EAPA07: De toute façon en fonction des patients on ne va pas faire forcément la même chose en fait.

EAPA08: Non, ce n'est pas du réentraînement à l'effort ou on va chercher à les faire fondre quoi

EAPA07: Donc en fait c'est aussi un peu, des fois, la limite qu'on a nous dans le sport sur ordonnance comme il est conçu actuellement, où on mélange toutes les pathologies, eh bah en fait il y a des gens pour qui clairement c'est pas forcément adapté en tout cas dans ce que l'on propose à l'heure actuelle... Donc on est plus sur une thématique maladie chronique pour l'instant, sédentarité et maladies chroniques, voilà. Mais effectivement il y a d'autres champs à explorer qui sont pour l'instant laissés de côté quoi.

EAPA08: C'est le début...

EAPA07: Oui. On va déjà pérenniser les maladies chroniques, après.. [rires].

OK. Alors tous ces gens-là, quels sports leur faire pratiquer?

EAPA08: Déjà c'est activité physique [rires].

Je la pose comme ça exprès, parce que ça fait toujours grincer les dents des APA [rires].

MG07: La gym douce...

Du coup voilà, vous les médecins généralistes, vous imagineriez quelles activités?

MG07: Ça dépend les terrains sous-jacents quoi... Le vélo peut être, pour l'économie articulaire et la remise en forme douce chez le patient cardiaque, diabétique... Ça pourrait être pas mal. Après tout ce qui est «gymnastique douce», je sais c'est vaste... Peut être pas la musculation... La marche nordique! Il y a d'ailleurs pas mal de coachs qui encadrent dans les salles de kiné, c'est pas sur ordonnance encore?

EAPA08: A Roosevelt c'est ça?

MG07: Bah dans pas mal de centres j'ai des patients qui me disent qu'ils font de la marche nordique avec leur kiné.

[Rires] EAPA07: bah on n'était pas au courant nous.

MG07: Ah oui? Bah après c'est encadré donc c'est d'autant mieux je pense. Euuuuuh, les autres sports... Je n'oserais pas dire la danse mais pourquoi pas? Les sports un peu doux j'imagine, pour commencer en douceur... Les sports d'équipe aussi pour quelques patients, les chroniques type cancérologie, je pense que ça ne pourrais pas être si mal que ça. Mais ouais sinon je ne sais pas exactement quel type de sport pour quelle pathologie?

Réfléchis pas trop... [rires].

MG07: Vous avez des sports déjà pré-établis par pathologie ou c'est en fonction des patients que vous décidez?

EAPA07: Il y a des types d'activité... C'est à dire que par exemple... Alors les recommandations générales c'est de faire une combinaison entre du sport d'endurance et du renforcement musculaire. Ca c'est la grosse recommandation générale, mais en fait effectivement en fonction des pathologies voilà, tout à l'heure... comme on disait les personnes anorexiques on ne va pas du tout aller sur ce type d'activités là, on va plutôt être dans l'activité artistique, pour l'expression corporelle, des choses comme ça. Après les patients par exemple BPCO ou cardiaques, on va être plutôt sur de l'endurance, mais très ciblée. On va avoir une cible de fréquence cardiaque ou de dyspnée qui va être établie et du coup ça va être un apprentissage qu'ils doivent faire aussi eux. Après on a quelques contre-indications... La SEP on ne va pas la mettre en piscine à plus de 30 degrés parce que c'est une contre-indication absolue... Le BPCO on ne va pas lui conseiller d'aller faire de la gym aquatique parce que milieu humide et chaud c'est pas très conseillé... Mais en général on reste, ouais, sur une combinaison entre de l'endurance et du renforcement musculaire... Après je ne sais pas, le diabétique il y a une grosse... Sur le renforcement musculaire il y a deux consignes qui sont contradictoires, on nous

dit qu'il ne faut pas qu'ils fassent du renforcement du membre sup parce ça augmente la glycémie, et en même temps on nous dit qu'il faut qu'ils fassent du renforcement musculaire, donc euuuh... [rires]

EAPA08: Juste les jambes.

EAPA07: Bah après il y a toutes les précautions autour de la pratique de l'activité physique hein...

MG09: Ouais!

EAPA07: La personne diabétique... pas de lésions au niveau du membre inf, si elle est en milieu aquatique en théorie il faut bien qu'elle se sèche les pieds...

MG07: Il y a quand même des précautions à prendre!

EAPA07: Après il y a aussi le goût du patient en fait, c'est quand même un des trucs prioritaires pour orienter son activité...

EAPA08: Surtout pour le faire adhérer!

EAPA07: Oui. Donc bon après... Peut être pas du taekwondo s'il a une fragilité articulaire majeure. Après c'est comme tout en fait, une activité qui est adaptée, en fait on peut le faire quoi. C'est l'adaptation qui compte plus que l'activité.

EAPA08: On peut faire du basket adapté, on peut faire de la lutte adaptée, on peut faire... voilà, c'est sûr que ça ne ressemblera pas à de la lutte comme vous voyez mais ça va être des jeux d'oppositions, des jeux de duel, du travail de contact, de respect des consignes, voilà... Ça peut être effectivement de la randonnée, pour engager l'effort... Ça peut être ouais aussi de la marche nordique hein...

EAPA07: Tu ne le feras pas à la même intensité selon le patient.

EAPA09: C'est le but de l'adapter quoi. Moi je ne pense pas qu'il y ait d'activité pour un type de patient tant qu'on l'adapte. Après c'est sûr qu'il y a des recommandations pour que le patient aille mieux, mais... Je pense qu'il faut surtout se fier au choix de la personne. Actuellement on a aussi l'emploi du temps de la personne, sur le sport sur ordonnance. Mais je pense que tous les patients peuvent pratiquer une activité adaptée en fait.

EAPA07: Après pour ce qui est le choix du patient aussi, sur Annecy ils ont 4 activités qui leur sont proposées ils en choisissent 2, mais en fait sur Sallanches et prochainement Annemasse qui va ouvrir, ils ne choisissent pas une activité physique, ils choisissent un créneau, et l'activité change au cours du temps, pour que justement eux aussi des fois ils soient confrontés à des activités physiques vers lesquelles ils n'iraient pas forcément spontanément, mais qui peut provoquer une adhésion en étant pratiquée en découverte en fait. Donc après ce sera réévalué pour voir comment ça se passe mais du coup c'est vrai que l'on a changé la manière de créer des programmes entre les 2 premiers et les 2 suivants.

EAPA09: Avant c'était comme sur Annecy? C'est à dire qu'il y avait 2 activités?

EAPA07: Non sur Sallanches on a ouvert directement comme ça.

EAPA09: Et vous n'avez pas de retour là-dessus?

EAPA07: Bah en fait ce n'est ouvert que depuis Juin donc on n'a pas trop de recul pour l'instant [rires].

MG08: Moi je suis d'accord je pense que quelle que soit l'activité ce qui est important c'est l'adhésion, la motivation, de recréer du lien... L'activité du moment qu'elle est adaptée, qu'elle n'est pas dangereuse pour le patient, ce n'est que du bénéfice, ça ne serait que de la motivation. Qu'ils essayent des choses différentes je trouve ça bien, d'avoir un créneau comme ça, qu'ils testent des choses, qu'ils changent un peu, des choses en équipe, des choses de contact... Parce qu'il y a beaucoup de gens qui n'ont plus de contact, au niveau... par exemple précarité, addictions, psychiatrie etc. Il y a plein de choses où recréer du lien, du contact physique c'est aussi important donc quelle que soit l'activité physique c'est bénéfique je pense.

OK. En parlant de bénéfice justement, vous l'avez pas mal mentionné. Quels bénéfices en attendre et pourquoi?

EAPA08: Nous on les connaît, je veux bien les dire [rires]

MG08: Bah moi ce serait vraiment le lien... Enfin les patients que j'aurais vraiment envie d'envoyer si ça ouvre à Annemasse, ce sont ceux que j'ai envie qu'ils recréent du lien, qu'ils se réapproprient leur corps quitte à après que ça les remotive pour, je sais pas, s'ils trouvent une activité qui leur plaît, parce que derrière après les patients ils vont retrouver leur vie, donc les mettre dans une démarche d'activité physique, qu'ils y prennent goût, et puis qu'après ils l'installent eux-mêmes dans leur vie quotidienne. Qu'ils trouvent, que ce soit un club, s'ils aiment la randonnée qu'ils se remettent à la marche ou je n'en sais rien... Mais qu'ils reprennent goût à l'activité physique. Et puis après le bénéfice il découlerait sur la santé somatique.

Donc le bénéfice que tu vois c'est plutôt de les remettre dans le circuit du sport?

MG08: Ouais. De l'activité physique.

MG07: Rien de plus à ajouter, c'est ce qu'on a dit tout à l'heure, les remettre dans le circuit, les faire adhérer à un sport ou plusieurs activités, et peut-être vérifier que ça se pérennise aussi dans le temps après, j'imagine que c'est sur un temps un peu réduit actuellement et la complexité c'est de voir si ça continue après ou non.

EAPA07: Sur Thonon et Annecy ils ont 20 séances en tout, ils choisissent 2 activités donc 10 séances de chaque. Et sur Sallanches et prochainement sur Annemasse ils auront 16 séances, mais les séances sont un peu plus longues, 1h30 au lieu d'1h. Mais effectivement c'est à durée limitée et ce n'est pas reconductible, ils ne peuvent le faire qu'une fois.

EAPA09: Les bénéfices c'est de l'activité physique ou dans le cadre du sport sur ordonnance?

Euh... Tu peux le prendre dans les 2 cas.

EAPA07: Moi je trouve ça intéressant que les réponses des médecins ce soit... que les bénéfices soient une remise en activité. Parce que nous on travaille beaucoup sur les bénéfices plutôt cardio-vasculaires, respiratoires, musculaires... Et en fait je me rends compte que vous n'avez pas du tout ces attentes là.

MG07: Bah de là découle après tout ça en conséquence, ouais à long terme.

EAPA07: Oui, à plus long terme, mais c'est vrai que nous on évalue la condition physique, on fait des 6 minutes de marche, parce qu'on dit «ah mais il faut qu'on démontre que le patient il a progressé sur ses capacités et en fait je me rends compte que non.

MG09: C'est un peu plus vaste ouais.

MG08: Ouais moi ce n'est pas ce que je... Ce n'est pas un critère, c'est plutôt lui donner goût! Plutôt qu'il progresse sur 20 séances, finalement on les suit sur des années... Voilà il faut plutôt qu'ils... Ouais qu'ils reprennent goût à l'activité physique.

MG07: Sans parler de prouesses.

EAPA07: Bah nous on a plus des bénéfices techniques.

MG08: Bah ouais allez-y hein.

EAPA07: Bah nous, c'est vrai qu'on est... Enfin on justifie notre activité aussi sur euh...

MG07: Je pense que c'est pour ça aussi.

EAPA07: Amélioration de la qualité de vie, amélioration de l'endurance cardio-respiratoire, amélioration de la force musculaire, nous on est vraiment sur ces critères -là.

MG08: Parce que vous êtes obligés de mettre en avance des choses objectives je pense, pour que ce soit financé, que ce soit mis en place, etc. Après derrière on peut garder l'idée de... Justement, de l'adhésion, de choses qui ne sont pas quantitatives quoi.

EAPA07: Oui, oui, oui... Mais du coup je trouve ça d'autant plus intéressant que nous quand on a fini le sport sur ordonnance on fait un bilan de fin et du coup on fait un retour au médecin qui a fait la prescription et... Bon moi je n'en ai pas encore fait beaucoup parce qu'on n'en a pas beaucoup qui ont fini mais moi j'avais axé mon discours auprès du médecin sur «il a progressé de 20m au 6 minutes marche», enfin voilà... Et en fait je me dis, finalement c'est peut être plus un retour sur «le patient a décidé de s'inscrire dans telle activité physique à long terme»

MG07: Oui!

MG08: Ouais tout à fait!

EAPA07: Et en fait je me dis «oui», c'est pertinent.

MG08: Il faut une petite phrase sur un peu son adhésion, comment il s'est fondu dans le groupe, je n'en sais rien.

MG07: Après s'il a progressé c'est encore mieux hein pour nous... Mais de savoir que déjà il a réadhéré à l'activité et qu'il prévoit de continuer, je pense que c'est d'autant plus important pour nous.

MG08: Et puis après nous on le revoit pour...

EAPA07: En remettre une couche! Oui, oui, oui!

MG08: Pour faire du renforcement positif un petit peu.

EAPA07: Après nous, pour être sur la partie un peu financement, du coup c'est vrai qu'on essaye de justifier. Mais du coup c'est vrai que les attentes des médecins ne sont pas forcément les mêmes que celles de l'ARS pour le dire concrètement. Et puis nous des fois on se met peut être beaucoup la pression, pour se dire «il faut qu'il progresse, il faut qu'il progresse.», alors qu'en fait non pas forcément.

EAPA08: Faut que ça ait un impact sur eux en fait.

EAPA07: Pour vous en fait c'est secondaire, ce qui compte c'est qu'ils s'inscrivent dans la durée sur une activité physique.

MG08: Dans une démarche d'activité ouais. Pousser pourquoi pas pour qu'il y ait une amélioration, oui. Après si c'est au détriment de sa motivation parce qu'à un moment «les 20 mètres de plus je n'y arriverai pas», je pense que ça ne vaut pas... Ça dépend des patients après, des profils, il y en a qu'il faut peut être pousser un peu, mais je pense que globalement, les patients qui vont aller dans ces programmes, ce qui compte le plus c'est l'adhésion.

EAPA09: Et puis sur 10 séances c'est compliqué aussi d'avoir de vrais progrès.

EAPA07: De montrer qu'ils ont progressé.

EAPA09: Surtout que souvent ils viennent à la première séance puis ils reviennent 3 semaines après... Enfin ils ne sont pas trop...

EAPA07: Bah du coup on se rend compte qu'ils ont beaucoup de problèmes de santé intercurrents, donc en fait...

EAPA08: C'est un vrai frein... Après bon c'est le public qui est fragile.

EAPA07: Oui, oui. Mais c'est vrai qu'on se rend compte que sur 10 séances ce n'est pas énorme, et en fait on a vite des soucis de santé qui apparaissent, qui font qu'ils ne peuvent plus venir pendant un temps ou de manière définitive aux séances d'activité physique.

EAPA08: Bah ça ce n'est pas si grave, c'est la démarche qui est importante. Après s'il ne peut pas, il peut toujours y avoir des problèmes de santé intercurrents.

EAPA07: Oui, mais du coup pour un peu piloter le truc, je suis un peu dépitée quand je fais mon listing et que je vois «lui il a arrêté, lui il a arrêté, lui il a arrêté... oh punaise» [rires]. Et puis il y a aussi qu'on veut prouver que l'on sert à quelque chose et que du coup on se met un peu à pression en fait... Trop, enfin par rapport aux attentes réelles des prescripteurs, peut être qu'on veut trop...

MG08: Après peut être que vous avez différents prescripteurs, parce que si vous aveeeez... Peut être que les médecins traitants ont plus une vision de long terme, ils connaissent leurs patients, ils savent très bien que... Des fois on essaye de les tirer un peu sur certaines petites choses, que ce soit l'activité physique, le tabac, etc. Mais vous aurez peut-être des prescriptions de rééducation... Enfin pas comme de la kiné mais... D'autres médecins qui ont une vision plus sur l'effort en lui-même et sur l'amélioration.

EAPA07: Bah pour l'instant on n'a pas eu beaucoup de contact, pour être très honnêtes avec les médecins. On se sait pas trop les attentes forcément.

MG09: Parce que sur les prescriptions ils écrivent un peu ce qu'ils attendent ou pas?

EAPA07: Non parce qu'en fait on a un dossier d'inscription qui est préformaté et dedans il y a un certificat de non contre-indication donc le médecin remplit juste le certificat de non contre-indication.

MG08: D'accord.

Celui-là c'est celui de Sallanches [montre dossier d'inscription].

EAPA07: En fait on n'a pas non plus de vraie prescription parce queeeee... Bon moi je n'étais pas là quand ça s'est mis en place sur le Chablais donc je ne connais pas forcément tout l'historique mais les médecins disaient qu'ils ne voulaient pas faire une prescription parce qu'ils ne se sentaient pas de faire une prescription...

EAPA08: Ils préfèrent orienter je pense.

EAPA07: Voilà, ils disaient «prescrire c'est déterminer une activité physique, une intensité, une fréquence, et en fait ça on ne sait pas faire». Donc du coup on avait transigé a priori en faisant un certificat de non contre-indication à l'activité physique adaptée.

MG08: D'accord

MG07: Ouais mais j'ai trouvé ça bien. C'est vrai que... Bah la patiente qui m'avait demandé en l'occurrence ce sport sur ordonnance, au début je ne savais pas qu'il y avait ces réseaux, ce dossier à remplir, moi je commençais à faire une ordonnance, je regardais sur internet. Je me suis dit «mais je ne pourrai jamais vous faire une ordonnance» [rires]. Et après j'ai reçu le dossier, il y avait juste le tampon à mettre et heureusement parce que sinon... on ne sait pas dans quel sens aller hein!

MG08: Oui mais par exemple on pourrait... Bon ça alourdit peut être la démarche mais si par exemple juste avec ça, on joint un mini courrier de 3 lignes en disant juste heuuuu... Un peu le profil du patient, c'est surtout ça, que vous sachiez qui on envoie, si c'est quelqu'un où on veut juste un petit peu d'adhésion parce que ça permettrait d'améliorer sa santé sur plusieurs points, ou si c'est quelqu'un vraiment qui a décidé de se remettre à l'activité physique donc il faut le relancer tranquillement. Peut être que juste une petite phrase avec le profil ça change un peu la façon dont vous aborder les séances

EAPA07: Bah ce serait super intéressant ouais, pour nous deeeee...

EAPA09: Et puis on aurait un axe de travail aussi.

EAPA08: Oui parce que pour l'instant c'est nous qui le définissons en fait l'axe de travail derrière.

EAPA07: Ouais mais on le définit avec le patient, et des fois ce n'est pas forcément la réponse que le médecin attend quoi.

MG08: Bah ce qui est important c'est le choix du patient mais des fois il ne va peut être pas dire la même chose ou je ne sais paaaas...

EAPA07: Voilà, mais je veux dire l'axe de travail il n'est pas forcément facile à établir avec les patients quoi... Voilà même s'ils sont motivés heuuuuu...

EAPA08: Ils sont un peu perdus aussi hein, c'est normal, ils reprennent une activité, ils sont dans un schéma, un circuit qu'ils ne connaissent pas.

EAPA07: Et puis même pour vous je me dis, en fait en retour, on pourrait vous dire «bah voilà l'adhésion du patient a été excellente, mais par contre il hésite sur quelle activité s'engager», et vous vous pourriez en remettre une couche derrière.

MG07: C'est intéressant oui.

MG08: Oui c'est intéressant, que ce soit intégré pour vous mettre un petit commentaire, juste un petit espace commentaire, ou alors qu'on intègre un courrier.

EAPA07: Ouais, mais c'est très intéressant!

Ouais c'est intéressant. Après en terme de bénéfice, vous avez pris la question plutôt bénéfice du sport sur ordonnance. Après si on prend dans l'ensemble de l'activité physique, les bénéfices pour vos patients à faire de l'activité physique, quels seraient-ils?

MG07: Bah clinique, en terme de poids, amélioration de la dyslipidémie, amélioration des marqueurs du diabète... C'est sûr que si on rentre dans le détail...

EAPA07: Mes collègues reviennent à 8h30 demain matin [rires].

MG07: Bah je vais peut-être laisser la parole aux filles en terme technique parce que nous en médecine générale ça va être nos critères de surveillance habituels. Chez les patients diabétiques ça va être l'hémoglobine glyquée, chez le dyslipidémique le LDL, et après par contre en oncologie je ne sais pas sur quoi on va se baser.

EAPA07: En oncologie il n'y a pas de critère objectif défini... On va être sûr de la survie mais sur un patient vous ne pouvez pas évaluer la survie. En épidémiologie vous l'évaluez mais en fait sur un patient... Après si, il y a la qualité de vie. Ça peut être un gros critère sur l'onco.

EAPA08: Après, de façon plus large, les bienfaits sociaux pour éviter l'isolement, il y a l'aspect effectivement santé, vraiment technique sur cet aspect là, meilleure endurance cardio-vasculaire, composition corporelle, capacité respiratoire... Et puis il y a un aspect bien-être qui est très important, prendre plaisir dans le mouvement, prendre plaisir à faire ce qu'ils arrivent à faire, et puis au niveau de leur image, de leur propre confiance en eux c'est un autre aspect que la vie personnelle, professionnelle, où des fois c'est un peu routinier et c'est de voir les petits moments de plaisir aussi à ce moment là... C'est plusieurs aspects... 3, je dirais ouais 3 piliers...

EAPA07: Bah après on déconstruit parfois beaucoup ce que le patient se pense incapable de faire. Nous on travaille sur ce qu'il est capable de faire, et souvent on est obligés de déconstruire ce qu'il ne se pense pas capable de faire. Ça là-dessus, on a un gros travail général.

MG08: Moi je trouve qu'il est hyper important le bénéfice sur le moral. Parce que quand je prends des patients comme ça à la louche, quand je les vois pour la première fois ou ceux que je suis, globalement je trouve, ceux qui ont une activité physique, l'impression que j'ai c'est que globalement ils sont quand même un peu mieux dans leur peau, n peu plus... Je trouve que ça montre quand même uuuun... Alors soit c'est un symptôme, ça montre qu'ils vont mieux, ou alors c'est parce qu'ils font une activité physique que globalement ils vont mieux.

EAPA08: Nous on sait [rires].

MG08: Mais je trouve que globalement quelqu'un qui a une activité physique de toute façon il va mieux.

Les autres vous en pensez quoi? Dans quel sens ça va à votre avis?

EAPA08: Bah il y a les deux. Non mais c'est vrai.

EAPA07: Ben après il y a des études qui montraient que les gens qui faisaient de l'activité physique avaient une meilleure qualité de vie ouais, effectivement.

EAPA08: Il y a un meilleur ressenti, un meilleur bénéfice

EAPA07: Même sur les patients dépressifs en faite.

EAPA08: Ouais c'est ça.

EAPA07: Ça montrait que... ça revalorisait en faite.

Ok ...

EAPA07: On se la pète grave en faite, on a pleins de bénéfice en faite [rires].

Quand même, sinon l'ARS ne vous donnerai pas de sous [rires]. Est-ce que vous avez des trucs à rajouter sur les bénéfiques ? Non ? On va passer à un deuxième thème, la relation médecins généralistes/enseignants APA. Euhhh, comment l'envisagez vous dans le sport sur ordonnance? Alors on va prendre d'un côté puis de l'autre. Le rôle du médecin généraliste, alors, vous comment vous voyez votre rôle justement dans le sport sur ordonnance et puis les enseignants APA, qu'est-ce que vous attendez du médecin généraliste?

MG07: Déjà nous informer le patient, c'est la base. L'informer qu'il existe donc cette possibilité de sport sur ordonnance. Euh ... C'est quoi la question déjà ? [rires]

Alors, en gros, comment tu vois ton rôle dans le ...

MG07: Comment je vois le rôle avec les EAPA?

Voilà, comment tu vois ton rôle dans le sport sur ordonnance, quel rôle le médecin généraliste pourrait avoir ? Peut, doit, pourrait, c'est comme vous voulez.

MG07: Je suis contente de pouvoir les confier aux EAPA. C'est vrai que pour les deux trois que j'ai eu j'ai donné le numéro et mail et j'ai un peu laissé faire [rires]. Donc souvent c'est des patients qui sont quand même un minimum motivés malgré tout. Donc euh... voilà, pour l'instant ... le rôle et les échanges bon c'est vrai que y'a pas beaucoup d'échange ...

EAPA07: Mais ça peut changer!

MG07: Je pense que ce serait en effet important que l'on en ai un petit peu plus mais ... au-delà de ça je ne vois pas trop.

MG08: Ben je pense que l'on peut essayé deeee dépister, fin nous dans notre patientèle, de dépister les gens pour qui ça marcherait. Parce que je pense que même à pathologie égale ça dépend vraiment des personnes, des profils. Et puis après de proposer, informer, puis le but c'est de créer du réseau faut que ça, fin faut que ça fonctionne en réseau. Il faut que nous, je pense que ça vaut le coup d'adresser puis de donner nous notre objectif. Après je pense que les objectifs peuvent évoluer au fur et à mesure des séances. Et puis après d'avoir un retour pour que ça soit, pour que l'on sache ce qu'il s'est passé et puis qu'on puisse le faire fructifier après. Parce que le but, si c'est une fois euh, faut que l'on se repose la dessus pour je sais pas, faire de l'éducation thérapeutique ou faire euh ... faut qu'on puisse s'en servir quoi.

EAPA07: Alors moi j'attends beaucoup de choses des médecins, je préviens [rires].

MG08: Justement

On est là pour ça.

EAPA07: Moi je, fin je vais parler pour moi hein ...

Ouais vas-y

EAPA07: Euhh, j'attends effectivement déjà le côté «cibler les patients». Parce que alors du coup, vous l'aviez eu le dossier d'inclusion ou pas?

Attends ...

MG07: Ben à Annecy oui.

Moi je sais pas si c'est le même.

EAPA07: Il lui ressemble je pense. En fait on demande aux médecins de remplir pleins de trucs et aussi d'évaluer la motivation. Et en faite du coup nous on peut travailler que si vous ciblez bien les patients parce que le patient qui a une maladie chronique mais qui ne veut pas faire d'activité physique on va pas pouvoir lui en faire faire.

MG08: Mais pour bien les cibler il faut que l'on sache ce qui se passe avant, c'est ça qui n'est pas facile. Au début ça va être au tâton mais après si on sait que voilà déjà c'est vingt séances, on sait que c'est des sports qui changent euh ...

EAPA07: Ben on a un vrai souci de communication, on pourra en discuter après si vous voulez mais pour communiquer avec les médecins on a un vrai souci. Mais voilà du coup moi je veux juste, pour ma partie sur le sport sur ordonnance, voilà moi j'ai besoin que les médecins ils ciblent bien parce que, parce que ... En fait c'est aussi ... votre façon de présenter les choses est hyper importante pour l'adhésion du patient aussi. Fin ... voilà

MG08: Ouais et puis...

EAPA08: C'est vous qui levez les freins en premier

EAPA07: Votre message est hyper important pour le patient en fait. C'est «mon médecin m'a dit qu'il fallait que je m'inscrive» voilà, c'essst ... derrière donc voilà moi j'ai besoin de ça et aussi heu ... Alors je trouve ça difficile pour vous mais aussi qu'en fait le patient il soit sûr entre guillemet, que l'on craigne pas l'accident heuu pendant la pratique d'une activité physique [rires]. Voilà ça c'est... Voilà il y a ça. Et puis après que derrière effectivement ben vous, vous remettez une couche, que se soit un sujet que, fin normalement, à partir de maintenant, quand les patients sont inclus dans le sport sur ordonnance en faite, le réseau fait un retour au médecin prescripteur en lui disant ce patient à été vu en bilan initial. Donc vous savez qu'il est inclut et aussi pouvoir des fois, si vous le revoyez, lui dire «ben alors vous faites du sport sur ordonnance, ça se passe comment? Vous y allez toujours, vous y allez plus, vous avez fini?» Fin voilà, qu'il y a un, pas un suivi mais ... que ça reste. Et puis une fois qu'on vous a fait le rendu, le retour, ben pareil que vous en remettez une couche en lui disant «ben alors ça vous a plu? On ma dit que vous étiez inscrit dans tel club je sais pas ou telle activité physique, vous y allez régulièrement?» Voilà moi je pense que la dessus ...

MG08: Ah ben oui oui oui ça c'est clair.

MG07: Ah oui non on a nos places.

EAPA07: C'est essentiel heu voilà [rires]. Je fais mon cahier des charges. Et puis peut-être aussi que l'on ai une communication fluide, alors ça c'est pas évident parce que l'on est tous débordés et voilà mais ... Ouais des fois que l'on puisse se dire ben on s'appelle en gros, fin sur Mr Machin je prend le téléphone et j'appelle. Moi j'ose pas, moi très honnêtement je vais vous dire je ne vais pas oser. Je vais pas forcément oser appeler le médecin...

MG08: Alors il faut je pense

MG07: Ah oui au contraire

MG08: Après ça dépend des médecins, y'a toujours des ... voilà c'est comme par tout maaais bon globalement, imagines que si le médecin a son patient qui est en train de suivre un programme pour heuuu, qu'il aille mieux, j'espère qu'il prendra cinq minutes pour voilà.

EAPA07: Ouais mais voilà. Ben après c'est pas pour moi mais heu ... Fin je vais avoir du mal à appeler un médecin que je ne connais pas et lui dire mais se serait pourtant pertinent quand on a des patients qui décroches d'appeler le médecin et lui dire ben écoutez il s'est engagé, il a commencé mais il y a eu une interruption... Mais voilà ça ben c'est aussi du temps et en fait concrètement pour l'instant le temps on la pas forcément donc ... Pis vous vous êtes sur sollicités aussi donc du coup pour que l'on surnage au milieu du reste, de toutes les infos, de tous les gens qui vous appellent en disant «au secours» [rires], mais voilà je me dis que ce serait intéressant qu'il y ait quand même une fluidité sur les échanges. Et dire de votre côté «ben ce patient il est pas bien en ce moment je sais pas si c'est pertinent qu'il continue, peut-être qu'il faut qu'on interrompe et qu'il reprenne dans quelque temps», enfin, ouais que ce soit à double sens bon après c'est le monde idéal quoi. Ce rêve bleuuuuu [rires]. Bon après voilà, je sais pas les filles vous de votre côté parce que.

EAPA09: Moi je pense que la relation entre le médecin et l'APA est très très importante parce que déjà le médecin il a des informations que l'APA n'a pas forcément et inversement je pense. C'est pour ça que le contact ou le suivi en tout cas ça peut être intéressant. Et heu ... Je sais plus ce que je voulais dire [rires]. Et oui je pense qu'il y a une heu... un manque de connaissance des médecins par rapport au sport sur ordonnance parce que j'ai fait une évaluation par exemple et finalement sur le papier il y avait pas grand-chose de rempli. Il manquait la motivation donc c'est vrai que je pense qu'il faudrait informer un peu plus les médecins.

EAPA08: Ouais non mais c'est pas facile c'est sur.

EAPA07: Ben moi je ne trouve pas ça facile aussi car on vous en demande de plus en plus sauf que ...

MG07: Pour ça on nous a dit que c'était possible depuis 2012 c'est ça ? Le sport sur ordonnance

EAPA08: Ça a commencé en haut, en Alsace, mais pas chez nous.

MG07: Ben en tout cas, c'est vrai qu'on ne sait pas trop à qui s'adresser, quand bien même on a l'adresse mail, le numéro. Après ... ben j'avais reçu le dossier, je l'avais tamponné, mais c'est vrai qu'après je ne savais pas où le patient il allait. J'ai pas eu de retour encore, j'ai pas revu la patiente donc euh bon...

EAPA07: Ben j'ai pas vu passer votre nom donc en faite je sais pas si j'ai le vu encore [rires].

Après voilà je sais pas si tu as des questions la dessus, sur la communication. Ouais? Bon on en rediscutera tout à l'heure alors.

Ok.

EAPA07: Et inversement peut-être ..

Et inversement ouais. Du coup qu'est-ce que, dans cette relation médecin/APA, vous attendriez de l'enseignant APA et vous dans un monde idéal quel est votre rôle ? Qu'est-ce que vous feriez dans l'idéal ? Est-ce que vous le faite actuellement ? Dans cette relation là.

EAPA07: Bon je vais démarrer.

EAPA08: Vas-y, vas-y, vas-y.

EAPA07: Heu, dans un monde idéal on... voilà c'est ce que je disais tout à l'heure, on communiquera de manière fluide avec les médecins et on travaillera en réseau, ce que l'on veut tous. Euh, à l'heure actuelle on est en train de mettre des choses en place pour que les médecins aient plus de retour effectivement, que les retours soient pertinents aussi parce que ben voilà. Bon après je ne suis pas la seule décisionnaire sur le sport sur ordonnance donc euh, la concrètement le retour de l'inclusion c'est on envoi au médecin un mail en disant ou un courrier je sais pas exactement, c'est pas moi qui le fait, ce sont les secrétaires. Disant que le patient est inclus et on met le bilan d'inclusion au médecin. Et moi je ne trouve pas ça pertinent parce que, après vous allez peut être me contredire c'est l'occasion aussi mais voilà, voir la distance de marche au 6min marche brut, le nombre de levé de chaise ... Je me dis pour vous c'est pas super intéressant.

MG07: Non tu as raison

EAPA07: J'aurais préféré que l'on vous fasse un courrier en disant voilà, Mr Machin à qui vous avez prescrit du sport sur ordonnance à été vu en bilan initial telle date, par l'enseignant APA avec le nom comme ça vous savez qui l'a vu. Euh ... Il a choisi telle activité, telle activité, il aura 10 séances de chaque, 16 séances à telle heure... Voilà, moi je pensais que ça suffisait. Bon pour l'instant c'est pas ça qui est mis en place mais voilà. Donc déjà je voudrais que ce soit pertinent parce que vous vous avez plein d'information donc je me dis autant que l'on cible des choses qui vous parlent alors que le bilan initial ... fin voilà, bref !

EAPA08: Dans les normes, pas dans les normes ... c'est le truc... Enfin quelles sont les normes vous vous en foutez.

EAPA07: Donc voilà, il y a ça que je voudrais et puis, voilà l'histoire de fluidité c'est que moi j'ose vous interpellé quelques fois en disant «ben voilà, tel patient, on est en difficulté, il ne vient plus»... On a aussi des informations qui sont assez parcellaires du coup c'est compliqué des fois. Ça ne passe que par le patient et du coup des fois c'est compliqué. Là typiquement, hier, j'ai eu un appel d'un patient qui est diabétique, qui me dit qu'il rentre à l'hôpital parce qu'il a une plaie au pied, il parle pas très bien français ... Fin voilà, son message il est confus, je me dis mais il est s'est blessé gravement? C'est juste une interruption temporaire ? C'est en faisait de l'activité physique, est-ce que c'est indépendant de l'activité physique ? Fin du coup moi je patauge un peu, je me dis bon ... Donc voilà moi dans un monde idéal j'appelle le médecin, je lui dit « qu'est-ce qui se paaaaasse ? » [rires].

MG07: Oui faut pas hésiter

EAPA07: Donc c'est ce fameux retour effectivement de ... ça c'est en train d'être mis en place donc je pense que ça va être fait de manière ... que ça va rentrer dans les habitudes. Voilà, sur la fin du bilan, renvoyer au médecin. Alors du coup là il y a aussi l'histoire de est-ce qu'on envoi qu'au médecin prescripteur? Est-ce qu'on envoi au médecin prescripteur et au généraliste s'ils sont différents ? Parce que ça peut nous arriver que ce soit des médecins hospitaliers qui nous fasses des prescriptions... Avec «Mr Machin a suivi un programme de sport sur ordonnance, il a fait 8 séances de gym douce et 10 séances de gym aquatique, il n'y a pas eu d'événements notables pendant sa prise en charge (parce que dans l'absolu c'est ce qu'on voudrait qu'il se passe), et il a décidé de s'inscrire à un club d'aquagym»... Voilà, dans un monde idéal ça serait ça je pense que je ferais...

EAPA08: Ouais, et puis pour nous qu'on connaisse aussi... Enfin moi j'ai des patients, arrêt du médecin, alors plus ou moins EAPA07 me donne l'info...

EAPA07: Quand je l'ai

EAPA08: Oui c'est sûr... Mais du coup oui arrêt, bah on le voit plus du tout donc on n'a même plus d'échange derrière avec la personne...

EAPA07: Oui et puis on ne sait jamais si c'est un arrêt définitif sur la demande du médecin, ce qui peut s'entendre hein, on a eu le cas par exemple pour un patient qui a eu un problème cardio-vasculaire et le médecin nous a dit «non, on arrête»... Mais souvent c'est le patient qui nous dit «mon médecin m'a dit d'arrêter», mais est ce qu'il vous a dit d'arrêter le temps que ça se soigne, est ce qu'il vous a dit d'arrêter définitivement...

EAPA08: Est ce qu'il n'est pas dans la fuite...

EAPA07: Oui, voilà, est ce que c'est le patient qui décide qu'il en a marre et que du coup...

MG08: Ca peut arriver...

EAPA07: Donc voilà, c'est vrai que c'est un gros sujet là-dessus... Après est ce que ce serait pertinent que dans SISRA on mette un courrier en disant «ce patient a été suivi pour du sport sur ordonnance jusqu'à telle date et il nous a été demandé qu'il arrête»? Est ce que les médecins s'en saisiraient en disant «tiens, non moi je n'ai pas demandé à ce que mon patient il arrête»... Je ne sais pas

MG09: Je pense que déjà avoir un compte rendu de fin...

MG07: Oui le CR je pense que c'est vraiment le plus important.

EAPA07: Et puis dans un monde idéal, les médecins sauraient qui on est, c'est à dire individuellement, parce que c'est plus facile.

MG08: Ah bah c'est leeee... Le fonctionnement du réseau, si personne ne se rencontre, ça peut fonctionner mais ça fonctionne beaucoup moins bien. Même juste une soirée de présentation ça change tout, parce qu'une fois qu'on a vu les visages on n'hésite pas à appeler et le réseau il fonctionne. Sinon ça reste abstrait et puis c'est beaucoup plus compliqué.

EAPA07: Oui, oui c'est pour ça que dans l'absolu j'aimerais bien que les intervenants soient connus des médecins locaux.

MG08: Ou à l'ouverture d'un nouveau centre, par exemple sur Annemasse, je ne sais pas, faire une soirée de présentation. Je ne sais pas si c'est faisable hein!

EAPA07: Ca ne dépend pas de moi!

MG08: Je ne sais pas si tout le monde viendrait, mais je pense que ceux qui seraient intéressés ils se diraient «ah pourquoi pas», et puis c'est comme ça qu'on ouvre le réseau.

MG07: Oui parce que comment vous vous faites connaître finalement? Par l'hôpital?

EAPA07: [rires] Alors je vais vous faire l'historique hein mais bon... Sur Thonon, les initiateurs du projet c'était des médecins, qui étaient très volontaires, donc du coup en fait c'est eux qui ont fait la communication auprès de leurs confrères, par une mailing liste enfin je ne sais pas exactement, mais du coup ça a bien pris et voilà. Sur Annecy on a décidé... Alors moi je n'étais pas là à l'initiation sur Annecy, je ne suis dans le réseau que depuis mars donc ça ne fait pas très longtemps... On voulait passer par les pairs en fait. On se disait si l'information vient d'autres médecins, ça va plus être pertinent pour eux parce que... Comme je disais vous recevez plein de mails, plein d'informations, donc si au milieu des mails de la sécu vous voyez réseau ACCCES, vous allez vous dire «Mais c'est qui ceux-là? On ne les connaît pas, qu'est ce qu'ils font?»... Même avec un intitulé sport sur ordonnance, je ne suis pas persuadée que ça attirerait l'attention... Et en fait on a ramé complètement sur Annecy, le dispositif sport sur ordonnance il existe depuis Juin 2017, et en fait à l'heure actuelle on a inclus une trentaine de patients. Pour vous donner une idée, sur Sallanches ils ont ouvert en Juin 2018, ils ont déjà inclus une vingtaine de patients en fin Septembre. Donc ils ont oninclus beaucoup plus que nous, et nous on a vraiment ramé à communiquer, on a essayé par plein de canaux et ça n'a pas pris, on n'a pas trouvé les bons leviers sur Annecy. Sur Sallanches c'est pareil c'est un groupe de médecins assez jeunes qui s'est saisi du sujet, qui pareil a fait beaucoup de communication, a été très actif là-dessus, donc voilà ça a pris. Et sur Annemasse et bien voilà, on doit ouvrir en début d'année prochaine donc du coup je pense qu'on va chercher des médecins pour faire du lobbying et dire «ça existe envoyez vos patients»... Donc voilà cette histoire de communication avec les médecins, pour nous c'est compliqué et on n'a pas trouvé les bons canaux. Manifestement sur Annecy il y a quelque chose qui s'est passé et on n'a pas trouvé les bons canaux de communication. Pourtant on est passés par un médecin qui sur le secteur d'Annecy est quand même hyper connu.

MG07: Ouais mais malgré tout, mes associés qui sont là depuis 20 ans, ils le connaissent pas.

EAPA07: Et en fait sur Annecy ça monte un peu en puissance parce que les patients... En fait on a fait de la communication auprès de la mairie, dans le journal de la mairie, les patients ont vu l'article, sont allés voir leur médecin en disant «moi je veux faire ça». Et c'est pour ça que les médecins se sont dit «il existe quelque chose, on n'était pas au courant», mais sans problème du coup, a priori les médecins prescrivent derrière sans problème. Et sur Annecy c'est monté comme ça, le patient qui est allé voir son médecin en disant «je veux faire ça».

MG08: Du coup il y a un gros biais de sélection. C'est que les patients qui sont motivés, qui lisent le journal de la mairie... C'est quand même pas tout les profils.

EAPA07: Il y a un gros biais de sélection et inversement, on s'est aussi retrouvés avec des gens qui ne relevaient pas du SSO. Parce que du coup nous dans le dossier d'inclusion, et puis quand les médecins se renseignent on leur dit que les patients doivent être en ALD sur telles pathologies parce qu'on a une liste pour l'instant, et moi typiquement j'ai eu une patiente qui avait eu un accident de voiture, qui a une incapacité au niveau de sa jambe, qui voulait faire de la gym aquatique, et je lui ai dit «je suis désolée, vous n'êtes pas en ALD, vous n'avez pas de pathologie chronique, je ne peux pas vous prendre sur le sport sur ordonnance». Alors qu'effectivement son médecin lui avait fait un certificat sans problème, mais moi elle ne relève pas du sport sur ordonnance donc je ne peux pas la prendre. Du coup voilà on a eu ce phénomène là, et on a besoin effectivement que les médecins ils cadrent un peu les choses, voilà.

MG07: Mais tant qu'ils n'auront pas les clés, c'est vrai que ça va être difficile de cadrer.

EAPA07: Oui, voilà, enfin je veux dire je ne jette pas du tout la pierre aux médecins hein

MG07: Il faudrait qu'on aie...

EAPA08: Et puis faire confiance aussi, vous ne connaissez pas ceux qui font ça...

MG07: Je pense qu'un mail, ne serait-ce qu'un mail, ce ne serait pas si mal...

EAPA07: Pourtant on en a fait plein des mails...

MG08: Après ouais dans le flux ça passe... pfff

EAPA07: Ouais, je ne sais pas. Alors là du coup, bah...

MG09: Il y a des soirées sinon sur l'hôpital tous les mois, de formation, et vous pourriez faire, sur une soirée, ça pourrait être intéressant... Il y a quand même pas mal de médecins généralistes qui y vont.

EAPA07: Bah du coup là, en fait c'est peut-être aussi un problème du réseau, parce que le réseau ACCCES il n'est pas connu et du coup ce n'est pas forcément un interlocuteur que les médecins généralistes identifient... Donc je sais que mes collègues coordinatrices vont aller à la FMC pour présenter leur activité de soutien aux situations complexes, et peut-être que si l'on avait déjà été identifiés par les médecins comme réseau territorial de santé on aurait pu plus facilement les toucher sur le sport sur ordonnance.

MG08: Ah parce que ce n'est pas la seule facette du réseau ACCCES?

EAPA07: Non, la majorité de l'activité... Parce qu'en fait on est deux enseignantes APA sur le réseau, ma collègue est en congé parental donc je suis toute seule à l'heure actuelle, et j'ai 19 collègues qui sont coordinatrices d'appui. En fait leur émiettement c'est d'appuyer les professionnels de premier recours, donc les médecins généralistes de préférence, les infirmiers, etc sur des situations complexes. Les patients polyopathologiques, avec une rupture sociale, qui sont en train de décrocher au niveau de leur suivi de santé, elles essaient d'intervenir là-dessus. Et elles ne sont pas connues. Donc en fait le réseau ACCCES n'est pas connu...

MG09: Ah mais c'est pour ça que j'avais déjà entendu parler du réseau ACCCES! Mais je n'avais pas fait le lien.

EAPA07: Mais du coup on n'est peut-être pas identifiés non plus sur le sport sur ordonnance. Et pour rajouter une complexité supplémentaire, l'ARS a lancé un appel à projet en Avril de cette année, en lien avec la cohésion sociale, pour créer une plateforme d'accompagnement à la pratique d'une activité physique adaptée. En fait l'ARS a jugé qu'il y avait trop d'acteurs sur la Haute-Savoie. Nous on avait le sport sur ordonnance, il y avait le CDOS qui voulait développer du sport santé, il y avait l'UFOLEP qui était sur le pilotage du site internet qui avait été créé, c'était compliqué. Et donc l'appel à projet réunissait tout, il y avait un porteur de projet unique qui était chargé de développer toutes les missions, donc ce qu'on appelle les programmes passerelles, le sport sur ordonnance, l'APA cancer, les programmes spécifiques, de développer avec les clubs des sections sport santé pour poursuivre l'activité physique au long cours, de faire la communication auprès des professionnels de santé, auprès des intervenants de ville sur le secteur plutôt social, enfin bref... Et c'est l'UFOLEP qui a remporté l'appel à projet, ce n'est pas le réseau ACCCES. Donc théoriquement pour l'instant on gère encore le sport sur ordonnance mais on n'est plus décisionnaires. Et l'objectif de l'ARS c'est que les patients appellent une plateforme unique et que cette plateforme oriente en fonction de leur situation.

MG09: D'accord.

Du coup maintenant ils appellent l'UFOLEP? Ou ils vous appellent encore vous?

EAPA07: Bah dans les faits pour l'instant on continue à être...

EAPA08: Ah oui! Il n'y a pas le dispositif encore.

EAPA07: Bah le dispositif existe mais c'est compliqué à se mettre en place. L'UFOLEP ils ont un numéro unique mais en fait ils ont une seule pour répondre, donc si la personne n'est pas là il n'y a personne pour répondre... Et puis comme on commence à être connus sur le sport sur ordonnance, les médecins qui veulent orienter leurs patients sur le sport sur ordonnance ils nous appellent direct. Mais à terme l'idée c'est que vous appeliez la plateforme, en disant «j'ai tel patient, tel problème» et lui va vous dire «je vous envoie le document sport sur ordonnance»...

EAPA08: Ou le sport santé, le listing des clubs sport santé.

EAPA07: Ou après si le patient appelle directement, ils lui disent «bah vous relevez d'un programme passerelle donc il faut aller voir votre médecin pour qu'il vous fasse une évaluation» et voilà, ou bah non vous, il n'y a pas de souci, il faut juste demander à votre médecin un certificat de non contre-indication», enfin normalement c'est ce qui va se mettre en place mais pour l'instant ce n'est pas fait.

MG09: C'est départemental?

EAPA07: C'est départemental, la plateforme est départementale oui.

Du coup ce ne sera plus la même que celle qu'ils proposaient au tout début, tu sais où l'on avait un numéro sur internet.

EAPA07: Santé osons le sport? Si c'est eux.

D'accord, donc c'est toujours cette plateforme qui ne répond jamais. OK, très bien, vous avez donné déjà pas mal d'informations. Une petite question sur le sport sur ordonnance ici en Haute-Savoie, plus pour vous les MG: est ce que vous connaissiez avant qu'on en discute? Qu'est ce que vous saviez?

MG07: Bah pas grand-chose finalement. [rires] Moi c'est une patiente qui m'en a parlé du sport sur ordonnance, et j'avais eu le retour par mail, après ce qu'il y a derrière je ne connais pas. Je sais que ça existe, je sais qu'il y a une évaluation initiale, après bon...

Et du coup on t'avait donné quoi comme infos?

MG07: Oula... Bah c'était cet été, j'avais reçu le dossier avec le mail, le numéro de téléphone et il y avait informé, bouger, plusieurs items, c'était juste une feuille simple en fait, j'ai juste reçu ça, on devait m'envoyer un dossier mais j'ai juste reçu ça.

En gros pour résumer, tu savais que tu pouvais prescrire du sport sur ordonnance...

MG07: Voilà mais je ne savais pas comment! [rires]

Qu'il y avait un dossier à envoyer et voilà... Ah et qu'il y avait une évaluation initiale. OK.

MG07: Voilà, c'est la patiente qui m'avait dit qu'il fallait faire un bilan initial.

MG08: Moi je savais pas... Avant d'arriver ici ce soir je ne savais pas que ça existait. Ca n'a pas encore ouvert sur Annemasse donc je ne savais pas... Je me défends [rires].

OK. Bon c'est vrai que les filles vous ont bien décrit le dispositif. Est ce que vous avez des choses à rajouter par rapport au dispositif, à décrire en plus?

EAPA07: A décrire en plus, ouais, je vais en profiter. Du coup je vous ai dit que le dispositif sur Sallanches et Annemasse est différent de celui sur Annecy et Thonon. L'idée c'est aussi d'avoir le patient une fois par semaine, 1h30, au même endroit et qu'il change d'activité au cours du processus. Il y a aussi l'idée derrière d'avoir un peu d'éducation thérapeutique... Alors informelle, parce qu'on n'est pas sur un vrai programme d'éducation tel que défini, mais justement d'essayer de sensibiliser les patients par rapport à leur pathologie, et à l'activité physique. Quelles sont les choses importantes pour eux. Typiquement le patient diabétique,

moi quand je le vois en bilan initial, mais il faut qu'on lui répète souvent, on lui dit de venir avec une boisson sucrée, qu'il puisse boire si jamais il fait une hypoglycémie pendant sa séance... Bah ça c'est des choses qu'il faudrait... Parce qu'en fait nous ce qu'on nous demande c'est d'autonomiser le patient, à l'issue des 20 séances il faut qu'on le remette dans le circuit normal, avec pas forcément des passerelles au sein des clubs, ce qui est quand même pour nous le plus compliqué pour nous à l'heure actuelle, et puis le patient n'est pas forcément toujours motivé de quitter pour aller dans un club classique aussi, il y a cet aspect là. Donc du coup l'idée c'est qu'on essaye de lui donner les informations importantes sur sa pathologie pour qu'il puisse pratiquer une activité physique de façon régulière en toute sécurité. Donc voilà, le diabétique, par rapport à ses glycémies, quand est ce qu'il faut qu'il se resucrer, si sa glycémie est trop haute, bah il ne faut pas qu'il fasse trop d'activité physique, qu'il ait sur lui toujours quelque chose de sucré pour pouvoir se resucrer s'il fait une hypo, on essaye de travailler sur les signes de l'hypoglycémie, alors il y en a qui sont hyper bons pour savoir quand est-ce qu'ils sont en hypo, et puis il y en a d'autres, pffff [rires]. Sur les lombalgies chroniques on essaye de leur inculquer les mouvements qu'il ne faut pas qu'ils fassent, et comment faire les mouvements, quelles sont les mesures à prendre au niveau de la ceinture abdominale, voilà, on a tout un travail par rapport à ça que l'on essaye de faire. Moi je trouve que c'est une bonne chose parce que pour être sur Annecy, où ce n'est pas fait, bah effectivement on essaye de le faire, mais au milieu de la séance, quand vous avez 8 autres patients à côté, c'est un petit peu compliqué. Donc voilà il y a ça aussi en plus sur le programme et voilà, je pense aussi que les médecins ont un rôle à jouer sur les informations importantes pour que le patient pratique en toute sécurité son activité physique. Parce que vous les connaissez mieux que nous aussi... Voilà typiquement je reparle de mon diabétique, mais vous savez s'il gère bien sa glycémie ou pas, s'il est bon pour repérer une hypo, s'il est à risque d'hypo, parce que nous on leur demande effectivement leur dernière ordonnance pour voir s'ils sont sous insuline, du coup on sait qu'un patient sous insuline il y a un risque d'hypo, sous Metformine non, donc on essaye de cadrer mais voilà on n'est pas médecins. Et puis on essaye de travailler à la reprise de l'activité physique, c'est l'essentiel de notre programme, sauf qu'on n'a les patients que 20 séances, donc ce n'est pas beaucoup, et puis on manque de relais, clairement à l'heure actuelle notre souci c'est le relais pour pérenniser l'activité physique...

MG08: Le réseau avec les clubs sportifs, ouais.

EAPA07: Et puis un cadre qui soit adapté et sécurisé pour le patient, parce que des clubs on en a, mais on a des patients qui vont dans un club et qui reviennent dégoûtés en nous disant «on m'a demandé de faire 18 tours de stade, moi j'ai du mal à en faire 2 en marchant, je n'y vais plus», donc ce n'est pas l'idée. Nous on est l'articulation entre la santé et l'activité sportive, et bah on a un peu de mal.

EAPA08: Je pense que c'est flou aussi le parcours, pour un médecin généraliste. Entre le sport santé les réseaux, la passerelle, le lien «ah bah il a fini sa passerelle donc il peut directement aller dans un club», non, c'est hyper compliqué pour eux. S'il n'y a pas quelque chose entre, on les perd, et on les perd à la sortie du parcours passerelle, donc c'est dommage, on a tout raté. Et il y a tellement de gens maintenant qui sont dans le sport santé, c'est tout flou, ça manque de clarté, et on les perd, c'est ça le plus important.

EAPA07: Oui, on a travaillé et derrière ça n'aboutit pas. Nous on a besoin aussi d'avoir des relais que l'on connaît. Parce qu'un club qui s'estampille sport santé c'est très bien, mais si nous on ne sait pas derrière concrètement ce qu'il fait, on ne va pas forcément les adresser... Enfin on ne va pas forcément être sereins quand on va les adresser à ce club là quoi. Donc là-dessus il y a un gros travail à faire.

EAPA08: Pas assez de communication.

EAPA07: Ah ça oui la communication c'est compliqué. Après effectivement, il y a l'HAS qui vient de sortir, pour les médecins généralistes, son document d'aide à la prescription d'activité physique. Il y a des arbres décisionnels dedans, je ne sais pas si vous êtes allés voir. Après je pense qu'au niveau local vous avez besoin vous, parce que l'arbre décisionnel c'est bien beau mais vous avez besoin de savoir à qui il faut adresser je pense. Et puis je pense que c'est l'occasion de faire connaître le métier d'enseignant en activité physique adaptée, pour nous en tout cas. Parce qu'effectivement le monde du sport il est assez complexe, il y a les coaches sportifs, des enseignants, des STAPS, des BE... Il y a plein de trucs, et je pense que de se faire reconnaître en tant qu'interlocuteur fiable aussi sur notre façon de travailler sur l'activité physique, parce qu'on ne la travaille pas du tout pareil que quelqu'un en club en fait. Effectivement nous on n'est pas du tout sur la performance sportive, c'est un peu le souci qu'on a avec les clubs à l'heure actuelle dans le fait de créer des passerelles, c'est qu'eux ils sont souvent dans une pratique très axée dans la performance, et ils ont du mal à s'adapter à notre public.

EAPA09: Et puis les patients ils n'ont pas forcément envie d'aller dans un club sportif, parce que pour eux c'est performance.

EAPA07: Bah ils ont une représentation des choses qui... Je pense qu'on déconstruit beaucoup de choses nous, on déconstruit le sport à l'école qui a traumatisé pas mal de monde, on déconstruit le côté «vous allez faire de l'activité physique, c'est pénible, et si vous êtes nuls, vous allez faire des services de volley pendant...»

MG09: Bah surtout le problème c'est d'arriver à dire «vous êtes nuls» quoi...

EAPA07: Oui voilà. Donc on déconstruit, nous, cette représentation que si on n'est pas performant on est nul. Et puis inversement on déconstruit l'idée que l'activité physique c'est forcément de la performance, du club, de la compétition, et être le meilleur.

EAPA08: Essayer de trouver du plaisir dans la pratique, quoi. Mais en général ce n'est pas ça. Quand on pense sport, on ne pense pas plaisir de pratiquer.

EAPA07: Mais quand on a fini le programme, en général, on a réussi un peu! [rires]

EAPA08: On espère!

EAPA07: Si on n'est pas trop mauvais...

EAPA08: Mais c'est vrai qu'on n'a pas cette représentation du plaisir. Surtout chez ces patients qui sont...

MG07: En rupture!

EAPA08: Oui, tout à fait. Ça peut effrayer.

EAPA08, tu parlais des patients que vous perdez après le programme passerelle. Vous en avez beaucoup?

EAPA08: Bah je vais plus te diriger là, parce que moi je les perds déjà avant. Je devrais me remettre en cause [rires]. Mais du coup non, justement...

EAPA07: Après nous sur Annecy, pour l'instant on n'a pas de recul. Moi je n'ai vu que 2 patients en bilan de fin.

EAPA08: Et moi j'en ai gardé une sur les 2.

EAPA07: Après le 2^e, c'est un monsieur, tu ne vas pas le garder mais il va continuer l'activité physique, j'en suis sûre.

EAPA09: Moi, je devais garder mes 2 normalement...

EAPA07: Qui ça?

EAPA09: Bah les 2 que j'avais en SSO, elles devaient rester avec moi, et puis elles se sont arrêtées donc...

EAPA07: Oui mais elles vont peut être revenir... Du coup on n'a pas un recul énorme sur la poursuite d'activité physique. En plus, bah c'est pareil, on ne fait pas de suivi à 6 mois, on ne les appelle pas pour leur dire «est ce que vous continuez une activité physique?». On leur demande quand on fait le bilan de fin quelle activité physique ils vont faire etc. Théoriquement la plateforme est censée assurer le suivi, ils sont censés les rappeler à 6 mois et leur dire «bah alors vous faites quoi?». Ca c'est la théorie, sur la pratique pour l'instant on n'y est pas. Et puis bah concrètement, en cours de route on en perd un tiers. On est bien à 1/3 de perte. Sans compter les gens qui nous ont dit qu'ils arrêtaient mais temporairement, qui comptent reprendre. C'est énorme. Après Thonon est sur des chiffres similaires, parce que moi je me disais qu'on travaillait super mal et ils m'ont dit «non ne t'inquiètes pas, c'est pareil chez nous». Donc on en perd quand même beaucoup en cours de route. Et les 2 motifs... Moi par contre j'investigue les motifs pour lesquels on les perd. J'ai toujours un retour. Y'a que ces deux motifs là quasiment. C'est soit un problème d'organisation. Soit en terme de temps, c'est à dire ça leur prend trop de temps dans leur semaine, soit si c'est des gens qui sont pas véhiculés ou des choses comme ça, ils ont des problèmes de déplacement et du coup c'est compliqué. Ça c'est la première raison. La deuxième raison c'est un problème de santé. Voilà. Ils ont un soucis de santé intercurrent qui en général n'est pas leur pathologie chronique. J'ai aucun pour l'instant qui m'a dit euh c'est en lien avec ma pathologie chronique, c'est autre chose. C'est eest voilà. Alors ça peut être lié effectivement, le patient diabétique, une plaie au pied, voilà il y a quand même un lien mais c'est pas son diabète qu'est complètement euh déséquilibrer, du coup le médecin euh... voilà

OK. Euh, dernière ben là on va parler plus sur Annecy. Actuellement quand il y a un patient qu'est intégré dans le dispositif c'est à initiative de qui le plus souvent ? Du médecin, de vous , du patient?

EAPA07: De nous non [rires]. Nous on vient pas les chercher les patients, c'est eux. Moi je trouve ça important que ce soit eux qui fasse la démarche d'appeler parce qu'on a besoin qu'ils soient motivés. Et c'est un signe de motivation de prendre le téléphone et d'appeler. Donc nous non. Après je ne suis pas capable de te donner, de te chiffrer à l'heure actuelle quelle part si c'est le patient qui ont demandé, quelle part c'est les médecins. Euh, je le note pas donc du coup c'est problème, il faudrait que je le note d'ailleurs. Euh, mais je pense que c'est aussi une histoire de rencontre entre le médecin et son patient. Que se soit le médecin qui soit le prop... fasse la proposition ou que ce soit le patient qui arrive en disant moi je veux faire ça, faut que dans les deux cas il y est une interaction. Parce que le patient il a besoin que son médecin remplisse le dossier d'inclusion, donc il a besoin de l'accord de son médecin pour participer. Et inversement, le médecin quand il propose à son patient, si son patient il dit non baaaah il le fait pas. Donc je pense que c'est vraiment un, oui une interaction entre les deux qui fait que ça fonctionne en faite. Mais je ne peux pas te donner en chiffre. Après, mais c'est à vu de nez, je dirais que c'est du 50/50. Je pense que j'ai 50% de patients qui sont allés voir le médecin en leur disant je veux faire ça. Mais aussi parce que le médecin était pas au courant. Et ça, ça pourrait changer dans les prochaines années parce que voilà peut-être qu'en étant plus informés les médecins vont du coup plus eux proposer. Et il y a l'autre moitié, c'est le médecin qui a dit à son patient ben tenez ça existe, je pense que se serait bien pour vous, je vais vous remplir le dossier.

OK. Une autre question, sauf si vous avez quelque chose à rajouter.

EAPA07: Oui parce que les filles

EAPA08: Non ça va du coup.

EAPA07: Ouais mais en discutant avec le patient vous pourriez avoir un autre ressenti mais euh ...

EAPA08: Si j'ai un autre ressenti par rapport à des gens qui ont des parcours de santé aussi précédents. Par exemple on fait, pour une SEP, euh qui ont déjà fait une rééducation, adaptation et qui donc sont sensibilisés déjà à ça un petit peu. Il y a déjà aussi un peu cette orientation que moi j'ai plus.

D'accord. Donc actuellement à votre avis, quels sont les freins à la mise en place du dispositif, au développement du dispositif ? Ça c'est très large.

EAPA07: Je vais laisser parler tout le monde d'abord et puis [rires].

Pourquoi il y en a pas beaucoup de patients intégrés dans ce dispositif ?

EAPA08: La communication et puis la multiplication des acteurs je pense.

Ouais, c'est-à-dire ?

EAPA08: Ben justement voilà, l'UFOLEP qui reprend plus ou moins l'APA je sais pas trop mais ils vont gérer qu'une partie, ceux qui vont être plus dans la sédentarité mais après, ben voilà. ACCCES qui n'est pas connu. Finalement les clubs qui poussent aussi parce qu'ils veulent du sport santé. Nous c'est vrai que ça fait beaucoup, c'est pas clair et ça fait peur je pense au médecin qui prescrit parce que c'est quand même eux qui mettent leur signature en bas donc à un moment donné il y a quand même une responsabilité aussi. Et je pense que voilà, c'est la communication qui n'est pas bonne mais parce que c'est trop vague derrière quoi. Après il y a certainement pleins d'autres choses. Déjà ça je pense que c'est vraiment la première image.

EAPA09: Ouais je pense qu'il y a un gros manque de connaissance des acteurs qui est lié à un manque de communication à propos du sport sur ordonnance.

EAPA07: Ouais, fin moi je voyais même un manque de connaissance de « qu'est-ce que fait l'enseignant APA ? », qu'est-ce que fait voilà, le rôle un peu de chacun.

Un manque de connaissance de la part de qui du coup ? De vous ? Les médecins G ?

EAPA09: Des médecins, des patients, fin ...

EAPA07: Oui, des patients aussi. Pour un patient, le kiné, il sait que c'est un professionnel de santé.

EAPA08: Ouais mais c'est aussi parce que les enseignants en APA ne sont pas reconnus en tant que professionnel de santé.

EAPA07: Oui mais je veux dire que c'est quelque chose qui est identité par son paysage alors que l'enseignant APA pssss.

EAPA09: Il sait pas ce que c'est.

EAPA07: Non. Le coach ça va presque être plus parlant pour eux quoi.

Donc du coup vous les médecins G, heu ben vous c'est plutôt le coté, on va dire prescription, pourquoi à votre avis le médecin en prescrit pas beaucoup ?

MG07: Ils connaissaient pas, c'est ... Je vois mes associés je leur ai posé la question au moment où j'étais confrontée à la prescription sur ordonnance du sport mais il connaissaient pas non plus. Et ouais pourtant ça fait un bout de temps qu'ils sont sur Annecy. Ils connaissent pas les acteurs, ils savaient pas à qui s'adresser, ils savaient pas par quel moyen initier la prescription donc euh voilà. C'est vraiment la méconnaissance qui est à la base je pense de tout. Une fois qu'on va connaître ça va aller, une fois que ça va se faire connaître je pense qu'en effet ... Ils n'hésiteront pas à prescrire parce que là maintenant que j'ai le contact j'hésite pas à donner les informations au patient, à essayer de voir un peu plus loin de ce côté là.

MG08: Une fois que le réseau est mis en place, que les médecins envoient, ont les interlocuteurs, voient que ça se passe bien, je pense qu'une fois que l'on a vu 1 ou 2 patients qui reviennent, on a vu des changements, on a vu des choses, je pense c'est du concret. Mais il faut avoir vu un peu de concret, savoir où appeler, avoir vu du... que le réseau soit en place et puis après je pense que les prescriptions c'est heu ... Je pense c'est un problème beaucoup d'amorçage mais après ça peut être euh... Je pense qu'après se sera surtout des difficultés de personnel parce qu'à mon avis c'est complètement exponentiel, on pourra l'utiliser énormément donc il faut que ce soit aussi cadré par la sécurité sociale mais dans le potentiel derrière de sport sur ordonnance, d'activité physique euh ... Moi je vois juste là dans le cabinet fin, je vois pas mal de profil et de gens que ça pourrait, auquel ça pourrait, on pourrait essayer en tout cas. Ça pourrait fonctionner. Donc je pense qu'il faut que les réseaux soient en place.

Du coup pour toi c'est plus aussi une crainte parce que vous avez pas encore vu ce que ça donne ?

MG08: Heu non moi ça ne me fais pas du tout peur de prescrire. Après c'est sûr que si on voit queee, on a du retour, que ça se passe bien, qu'on voit en bénéfice à court moyen, peut-être pas long terme mais à court moyen terme pour le patient, ça renforcera heu... Le médecin sera d'autant plus volontaire pour motiver certains patients. Je pense que ça jouera sur la motivation du médecin à prescrire.

T'en penses quoi MG09 de ça ?

MG09: Oui ben c'est vrai que si on ben... On revient à l'idée de base de communiquer peut-être aussi, d'avoir le retour donc avec le bilan initial certainement. Après sur la durée si l'engagement du patient se pérennise oui en effet on sera d'autant plus motivés à réengager la conversation avec le patient et heu ... Surtout dans ce sens là.

Ok. Allez-vas-y tu ne tiens plus [rires]

EAPA07: Heu donc dans les freins pour le développement du sport sur ordonnance déjà il y a l'aspect financier qui va devenir vraiment critique. Pour vous donner une idée, suite à l'appel à projet de l'ARS et de la cohésion sociale l'UFOLEP a eu 70 000 euros pour tout, pour la plateforme. Et le sport sur ordonnance c'est 50 000 euros à l'année. Donc en faite concrètement financièrement à un moment on ne va pas pouvoir tenir comme ça. Voilà, sachant que le patient on lui demande, je l'ai pas précisé tout à l'heure, on lui demande une participation financière de 30 euros. Donc ça ne finance pas le programme, c'est pour avoir un engagement du patient. Et c'est non, comment dire, faut pas que se soit un motif pour que le patient ne vienne pas. C'est-à-dire que si le patient nous dit «moi j'ai 400 euros par mois, vos 30 euros je peux pas vous les donner», on fait l'impasse sur les 30 euros. Donc il y a cet aspect financier qui voilà va devenir compliqué. Pour maintenir déjà ce que l'on fait déjà à l'heure actuelle et pour développer de nouveaux programmes. Donc voilà, sachant que l'ARS a dit on ne remettra pas de rallonge. On a tenté mais ... [rires] voilà c'est ça la réponse. Donc il y a cet aspect là, il y a l'aspect politique, sur la Haute Savoie c'est très compliqué. On a des acteurs qui se tirent la bourre on va dire ça comme ça. Et qui travaillent pas du tout ensemble et du coup ça complique énormément les choses.

MG08: Entre quoi et quoi ? Entre l'ARS et le département?

EAPA07: Alors déjà oui, actuellement l'ARS et la cohésion sociale ne peuvent plus se blairer. Donc ça complique déjà les choses au niveau des instances mais en plus au niveau local entre guillemets et voilà comme je vous disais tout à l'heure sur la Haute-Savoie il y a, il y avait trois acteurs. Il y avait ACCCES, le CDOS et l'UFOLEP. CDOS et l'UFOLEP ne peuvent pas se blairer. On va dire les choses concrètement. Donc ils sont en train de se tirer dans les pattes mutuellement, voilà. Du coup chacun mène sa barque un peu de son côté. Effectivement, le CDOS veut développer auprès de ces clubs le sport santé, l'UFOLEP avec les gens avec qui il travaille, veut aussi développer ça. Ça génère pas mal d'appétit avec l'heure actuelle le sport santé on va dire d'une manière générale.

MG08: Pourquoi ?

EAPA07: Parce qu'il y a des aspects financiers qui sont importants. Pour les clubs c'est l'occasion de récupérer des centaines de personnes qui à l'heure actuelle ne sont pas inscrites en club.

MG09: On leur demande de le faire.

EAPA08: Et puis les clubs ne sont plus du tout subventionnés aujourd'hui. C'est la licence qui les finance.

MG08: Oui, oui, oui c'est pour ça. Du coup c'est les patients qui financeraient leur licence, ce serait plus des programmes subventionnés.

EAPA07: Voilà. Donc une licence c'est deux cents euros par an. Donc ça génère des appétits importants. A l'heure actuelle, tout le monde veut dire qu'il est capable de faire du sport santé et voilà.

EAPA08: «Il y a pas besoin d'un enseignant en APA puisque qu'on a des éducateurs qui sont formés en club et qui peuvent le faire»...

MG09: Oui mais comme c'est pas la même démarche.

EAPA07: Donc à l'heure actuelle au niveau politique il se passe des choses qui sont compliquées. Et en fait nous on est obligés de travailler avec chaque euuuh... Pas commune mais...

MG07: Chaque instance.

EAPA07: Déjà chaque instance ouais, mais en plus voilà, sur Thonon on a dû solliciter la mairie de Thonon pour qu'ils nous mettent à disposition des salles, donc il y a des mairies qui vont être hyper enthousiastes, nous suivre et tout, et puis il y a des communes où on va un peu plus galérer. Typiquement sur Annecy c'est pareil, on s'est retrouvés en plein milieu de la fusion des communes,

eh bien je peux vous dire qu'on s'est amusés pour avoir des salles! Et à l'heure actuelle on s'amuse toujours dans les relations avec la commune d'Annecy... Mais voilà, on ne peut pas leur jeter la pierre, ils sont partenaires, ils s'investissent, mais alors... Pffff, on y passe de l'énergie! Sur Sallanches c'est pas la commune qui réagit, ce sont des acteurs privés qui ont accepté de nous mettre à disposition des salles. Le val d'Arve, etc. Sur Annemasse, je sais queeeee... C'est pas moi qui gère ça, c'est mon chef qui s'occupe des aspects politiques... Il a approché la commune, il a approché le SSR de Vetraz-Monthoux, il essaye de trouver comme il peut des salles pour mettre en place des choses. Voilà c'est pareil, l'accès aux infrastructures sportives c'est un vrai frein pour nous. Et puis, bah voilà, sur Annecy, nous on utilise la piscine pour faire la gym aquatique, on a des soucis avec les maîtres nageurs, avec la direction de la piscine, avec la commune qui ne nous dit pas du tout les mêmes choses, enfin on patauge. Sur Thonon ça se passe très bien. Donc voilà on est obligés de gérer des choses, en plus de l'aspect... fin voilà. Ca c'est un frein. Il y a l'aspect aussi volume, parce qu'effectivement à l'heure actuelle, les groupes on les limite à 8-10 patients théoriquement. Donc du coup si on a 80 patients qui arrivent en même temps, on ne va pas pouvoir les prendre en charge.

MG08: C'est un peu le risque ouais.

EAPA07: Et puis avec cet aspect financier qui nous contraint, on ne va pas pouvoir dire aux intervenants en APA «ouvrez d'autres créneaux», qu'il faudra que l'on négocie avec la commune. A un moment on va être limités là-dessus. Donc il y a cet aspect là, et il y a effectivement tout ce qui est du domaine de la communication, arriver à se faire connaître, à se faire reconnaître, ça va en plus devenir plus compliqué maintenant qu'on est théoriquement pas la plateforme d'entrée quoi. Ca va compliquer les choses. Et puis il faut que l'on trouve des intervenants au niveau local aussi, c'est pas évident. Moi je suis la seule enseignante APA qui intervient sur le sport sur ordonnance qui est salariée. Tous les autres ils sont libéraux. Ils sont vacataires, on les paye à la vacation, c'est pas facile deeeee... D'un côté on comprend qu'ils aient envie d'un truc pérenne, c'est pérenne mais c'est un petit volume d'heures, on ne peut pas leur proposer 18 heures dans la semaine de vacation. Donc il faut qu'on arrive à les mobiliser sur le projet, qu'ils aient envie, et c'est pas forcément évident.

Si tu veux un exemple, ceux de Sallanches, qui sont quand même hyper motivés, ils font 1h30 par semaine chacun dans le cadre du SSO, sinon ils sont tous salariés soit d'un SSR, soit d'un hôpital.

EAPA07: Voilà, je vais m'arrêter là [rires].

MG07: On ne va peut-être pas en envoyer tant que ça...

EAPA07: Bah après dans les choses qui peuvent limiter le sport sur ordonnance c'est le type d'activité que l'on propose, parce qu'on ne peut pas proposer à l'infini des activités physiques, et il y en a qui peuvent ne pas remporter l'adhésion du patient. Il a son propre planning lui, on a des patients qui travaillent, donc du coup on ne peut pas proposer des activités en journée. Des activités en soirée c'est très compliqué parce que c'est le moment où les infrastructures sportives sont le plus occupées. Les intervenants APA ils n'ont pas envie non plus de se taper une séance à 8h le matin, une séance à 18h le soir et rien entre les 2, ce qui se comprend, donc voilà au niveau organisationnel c'est assez lourd quand même. Donc à un moment ça risque de limiter les choses. Et puis il y a le département aussi. En fait la structure du département au niveau géographique...

EAPA08: Ah oui, ça a toujours été très complexe...

EAPA07: C'est compliqué, parce qu'on a des territoires qui sont très isolés. Thonon par exemple. Ca s'est développé là-bas, tant mieux, mais si ça ne s'était pas développé là-bas, on n'aurait pas pu dire aux patients «allez à Annemasse», Thonon-Annemasse c'est hyper long à faire. Annecy est un gros centre qui génère beaucoup d'attractivité mais du coup qui laisse un peu déserts les autres endroits, Annemasse on a des gros soucis parce que c'est proche de la Suisse et du coup la Suisse capte beaucoup de choses et voilà, on a des difficultés là-dessus. Et Sallanches c'est en fond de vallée donc c'est un peu isolé, et en même temps Cluses n'est pas si loin que ça, on a beaucoup de patients sur Cluses, et ils ne veulent pas aller à Sallanches, et on n'a rien sur Cluses. Cluses c'est le désert le plus complet sur la Haute-Savoie.

MG08: Ah bah ça c'est clair.

EAPA08: Total. C'est nous, pour la poursuite derrière on n'arrive pas à trouver.

EAPA07: Donc ça joue aussi, on est sur un territoire de montagne, on ne peut pas demander aux gens de se déplacer de la même façon en hiver, des fois il y a deux points juste à côté sauf qu'il faut faire tout le tour pour y aller, donc voilà ce sont des choses qui sont compliquées.

OK. On va aborder un dernier thème: comment faire pour essayer de lever ces freins? Qu'est ce qu'on peut proposer pour essayer de lever tous ces freins dont vous avez parlé, et on va dire augmenter le nombre de patients qui rentrent dans le dispositif, augmenter l'activité du dispositif de sport sur ordonnance?

MG08: Alors moi je ne sais pas, ce n'est pas de la stratégie, mais ça me paraît vachement différent le sport santé en club et ce que vous proposez, ça me paraît complètement différent, ça ne me paraît pas s'adresser aux mêmes... Après peut-être qu'il peut y avoir des passerelles, mais ça ne me paraît pas s'adresser aux mêmes populations. Moi quand vous m'avez présenté au départ, les patients que j'avais en tête c'était des patients quand même un peu fragiles, précaires... Précarité physique ou sociale, je vous aurais envoyé des patients plutôt dans cette catégorie là, et qui ne sont pas pour l'instant aptes à s'inscrire en club etc, donc je ne sais pas, peut être que si le réseau ACCCES se centre plutôt sur ces patients là, et se différencie du coup un peu des autres acteurs du sport santé...

EAPA07: Ah bah, le décret sur la prescription d'activité physique qui est sorti, il catégorise les intervenants en fonction des profils de patients. Donc effectivement normalement sur le sport santé et le sport sur ordonnance on n'est pas du tout sur le même type de patients, parce que l'encadrement n'est pas le même en fait. Donc effectivement les moniteurs, les coaches en club ils n'ont théoriquement pas le droit d'intervenir sur le même type de patient que les enseignants APA, donc non on n'est pas sur le même créneau. Après effectivement, nous on nous demande de pérenniser l'activité physique, bah les seuls créneaux, puisqu'on nous dit que l'on ne peut pas garder nos patients au long cours, c'est le sport santé. Une fois qu'on les a pris en sport sur ordonnance, quasiment les seules choses qu'on peut leur proposer c'est du domaine du sport santé. Après sur Annecy on a la chance que la Salaisienne ait 2 enseignantes APA qui font de l'activité physique adaptée au long cours, donc on sait qu'on peut les envoyer et qu'ils vont rester avec des enseignants APA, mais sur le reste du département... A part à Thonon où il y a un enseignant APA qui a aussi son activité...

MG08: Parce que la continuité est super importante?

Club cardio sport?

EAPA07: Ouais mais ils ne prennent que les patients cardiaques.

Bah j'en ai discuté un peu et ils prennent tout le monde.

EAPA07: Dans ce cas il faut qu'ils l'affichent clairement. Parce que voilà, mais les clubs cœur et santé effectivement, ça pourrait être un relais. Mais nous concrètement...

MG08: Mais la continuité, est-ce que c'est obligatoire? Ou est-ce qu'on pourrait imaginer des interventions ponctuelles de 20 séances, et puis après on voit ce qu'on peut en faire en médecine générale... Je pense qu'il y a certains patients que vous aurez du mal à à à à à... .

EAPA07: Mais ça on le sait! Mon chef, depuis que le sport sur ordonnance existe, dit à l'ARS qu'il y a des patients que l'on ne pourra jamais transposer sur le secteur classique, sauf qu'ils ne veulent rien entendre.

MG08: Mais ça c'est clair! Mais même une opération ponctuelle on pourrait avoir ça... Après c'est répété mais par exemple nous on envoie des patients en cure thermale pour des affections rhumatismales, on fait ça une fois ou plusieurs fois, on espère un bénéfice pendant quelques mois voire à plus long terme. Et là si c'est de la remise en confiance, de la réappropriation du corps etc... On peut imaginer que ça peut être ponctuel!

EAPA07: Eh bah nous on n'a pas le droit de les reprendre une deuxième fois. Donc on peut le faire ponctuellement une fois, mais...

MG08: Ouais! Mais que l'objectif de continuité ce ne soit pas...

EAPA07: Bah nous, dans ce qu'on nous demande, c'est un objectif majeur. On nous demande de faire en sorte que le patient il s'autonomise et il continue. Et on a beau leur dire qu'il y a des patients...

MG08: Oui, c'est compréhensible, mais ce que je veux dire c'est que je pourrais très bien prescrire quelque chose en sachant que c'est ponctuel et puis au fur et à mesure je pourrais essayer de remotiver le patient pour faire des petites choses, mais ça ne me paraît pas aberrant de faire des interventions ponctuelles pour certains patients.

EAPA07: Oui, oui, mais nous c'est un vrai critère qui nous est demandé.

MG07: C'est l'objectif.

EAPA07: Oui voilà, l'objectif c'est que les patients ils intègrent les clubs classiques au long cours quoi. C'est ça l'objectif. On a beau leur dire que ce ne sera pas possible pour tout les patients, ils ne veulent pas l'entendre.

MG08: Surtout que vous êtes sur un public fragile.

EAPA07: Oui voilà. Non mais on essaye de leur dire, de leur expliquer, mais je pense que les aspects financiers à l'heure actuelle, prennent le pas sur le reste. Parce que même, concrètement, l'appel à projet de la plateforme c'était «rechercher des financements privés annexes pour soutenir l'activité de la plateforme». C'était clairement indiqué. Mais voilà...

MG08: Ah ils mettent les sous où ils veulent, mais je pense que c'est de la prévention, et que ce ne serait pas négatif à long terme. Mais ça c'est difficile à faire entendre.

EAPA07: Bah à l'heure actuelle on a une grosse dichotomie entre le discours qu'est «faites de l'activité physique» pour les malades chroniques, c'est super c'est génial, ils vont aller mieux, ils coûteront moins cher à la Sécu, et les moyens que l'on met concrètement. Voilà. Je ne me souviens plus ce qu'était la question [rires].

Quelles solution pour lever ces freins?

EAPA07: Bah je vais quand même dire la communication. Il faut qu'on travaille notre communication auprès des médecins, c'est sûr qu'il y a quelque chose qu'il faut qu'on fasse.

EAPA08: Après, je pense que c'est le seul biais sur lequel on peut jouer. Parce que l'aspect financier, l'aspect environnemental, l'aspect politique ce n'est pas de notre ressort. Donc c'est le seul levier sur lequel on peut jouer.

MG08: Et puis peut être que ça va aller dans l'autre sens, s'il y a plus de prescription, qu'il y a plus de communication, ils vont peut-être se dire «bah tiens, ça a l'air de fonctionner, il y a de plus en plus de monde»... Peut être que ça peut être dans l'autre sens, que le financement arrive après, on ne sait pas. Des fois... Enfin c'est un milieu où on se connaît, des médecins qui disent que ça fonctionne bien, ou je ne sais pas, des patients, et a un moment peut être que ça peut lancer des financements... Donc il faut quand même continuer la communication et les réseaux.

EAPA07: Oui, oui bah pour l'instant on n'arrête pas!

De quelle manière améliorer la communication?

EAPA07: Bah si vous avez des canaux pour que l'on puisse diffuser à tous les médecins d'Annecy que le sport sur ordonnance existe, et qu'ils l'entendent, je veux bien!

EAPA09: Vous disiez tout à l'heure qu'il y avait une réunion à l'hôpital, je ne sais pas quoi.

MG07: La FMC de l'hôpital. C'est vrai qu'il y a quand même pas mal de médecins généralistes qui y vont donc ça pourrait être pas mal. Faire une intervention d'un quart d'heure au début ou à la fin... Plutôt au début [rires]. Mais ouais je pense que ça pourrait se faire facilement, dans le cadre peut-être d'une formation sur le diabète ou cardio-vasculaire, je ne sais pas. Il y en a une la semaine prochaine, mais c'est en pneumologie.

EAPA07: Ouais, du coup j'en ai pas parlé, mais il y a un autre aspect politique c'est que sur Annecy il y a un médecin qui centralise beaucoup de choses, et on ne peut pas politiquement se permettre de le contourner, et donc du coup on est obligés de passer par lui...

MG07: D'accord mais pour autant il ne fait pas du tout passer l'information aux confrères. Il prend sa retraite l'année prochaine.

EAPA07: C'est vrai? Ah merci.

MG07: Oui normalement.

EAPA08: Attention il pourra toujours avoir ses casquettes autres.

EAPA07: Oui mais peut-être qu'on pourra aller à la FMC sans qu'il soit là en fait. Mais bon, n'empêche qu'on essaye de communiquer.

MG07: Mais il est au centre médico-sportif, en fait.

EAPA07: Il est au CDOS en fait. Il est vice-président.

EAPA08: Au CDOS, au CMS, au sport adapté.

MG07: C'est vrai que les médecins du sport sur Annecy m'avaient déjà dit que... que certains médecins à Annecy ont tendance à garder tout pour eux.

EAPA07: Il est aussi à la commune d'Annecy... Alors il faut dire, il n'est pas que dans les freins, il nous a ouvert des portes à la commune pour avoir des salles, etc.

MG07: En quoi il y a des freins alors?

EAPA07: Bah disons que la communication, il veut tenir toute la communication auprès des médecins, donc on ne peut pas passer outre, mais ça ne marche pas. Mais déjà si on pouvait communiquer auprès des médecins, si on était un peu plus libres dans la manière de communiquer auprès des médecins ça se passerait mieux effectivement.

EAPA08: Je pense qu'une étude, une thèse, qui puisse appuyer aussi sur les effets bénéfiques de la cohorte qu'on a actuellement, pas que sur Annecy, bien sûr, mais sur tout le reste des lieux, ça peut être un plus pour convaincre les médecins du bénéfice.

Après donc ouais vous disiez dans le cadre du DPC à la FMC, est-ce qu'il y aurait d'autres moyens d'informer les médecins? Est-ce que vous en tant que médecin vous aimeriez être informés d'autre façon aussi? Est-ce que se rencontrer dans le cadre de la FMC c'est ce qu'il y a de mieux? Heu... Est-ce que si jamais c'est des rencontres comme ça, est-ce qui faut que ce soit local ou départemental, si on organise ça au niveau départemental à la base. Voilà pleins de questions comme ça. Comment vous aimeriez être informés? Parce qu'à priori c'est ce qu'il faut faire.

MG07: Non mais même un mail, c'est ce que je dis. Courrier ou mail, moi je pense que c'est plus simple par mail à l'heure actuelle. Personnellement je les ouvre et j'ai l'impression que mes associés le font aussi et on est quand même tous à l'heure de l'informatique donc nous sommes connectés. Donc bon, on reçoit quand même pas mal de mails mais pas non plus à 50 milles par jours. Si il y a un mail qui indique vraiment je pense, sport sur ordonnance, dans l'intitulé ça pourrait un peu plus intéresser les médecins. Le réseau ACCCES je pense que ça parlera pas comme ça. Mais après, un petit courrier, mais c'est plus fastidieux pour vous.

EAPA07: Ben je sais pas si ce serait plus efficace en plus.

MG08: Moi je trouve l'intérêt de la ... Je trouve qu'il faut que ça se fasse quand même au niveau local parce que c'est compliqué, si vous faites quelque chose de trop départemental vu avec les problèmes du département, les distances et tout ... Moi je vois sur Annemasse, il y a peu de médecins je pense qui se déplaceraient sur Annecy pour discuter de ça, clairement. Alors après par contre ceux sur Annemasse, c'est l'occasion ... Pareil sur Annemasse y'a tout un réseau de FMC, de formation continue où il y a des médecins généralistes qui se déplacent donc ça peut-être l'occasion. Il y a le CHAL, le Centre Hospitalier Alpes Léman qui en fait, il y a la clinique fin voilà, il y a plusieurs réseaux de FMC donc ça ça peut-être fait. L'avantage je trouve c'est deeeeeee, ben capter un public de médecins qui va en formation, qui se déplace ou qui s'intéresse à différentes choses. Heu ... de voir, rencontrer un peu des gens, de voir des visages, voir, donner des numéros, des choses comme ça. Ça c'est intéressant. Puis après par mail ouais, de toute façon on a pas trente six milles solutions. A par par mail, heu... Mais ouais je pense que je suis d'accord avec toi. «Sport sur ordonnance je pense que ça interpelle» ...

MG07: Ça accroche un peu plus ...

MG08: Ça accroche un peu plus et ça fait heu... ça va nous pousser à lire [rires]. Ça pousse à lire mieux parce que du coup ...

EAPA07: Faites bouger vos patients ! Intitulez le comme ça votre mail, faites bouger vos patients.

MG08: On fait que des ordonnances quasiment. On fait pleins de choses mais on fait surtout des ordonnances et donc du coup on prescrit pleins de choses. On prescrit de la rééducation, de la kiné, on prescrit pleins de chose. Mais c'est quelque chose qu'on ne prescrit pas le sport. Et du coup je pense que comme c'est un acte, c'est notre acte principal de prescrire, je pense que les médecins ça va les interpeller le sport sur ordonnance parce que c'est fort comme appellation. Et il faut la garder celle là parce que je pense que c'est vraiment au niveau terme de ... pour que les médecins ça leur fasse tilt c'est assez fort.

EAPA07: Ah ouais, parce que justement, je sais pas si vous étiez là quand je l'ai dis au début, enfin oui on ne demande pas une ordonnance fin, une prescription parce queeeee

MG08: Oui mais l'ordonnance c'est un ... c'est vraiment voilà on prescrit, on fait des ordonnances tout le temps. On en fait pour pleins de choses. Heu sport sur ordonnance ça veut dire qu'on peut le voilà ...

EAPA07: Ça vous parle

MG08: Ça parle, ça veut dire qu'on peut le prescrire, qu'on peut leeee, qu'on aura un retour. Fin il y a déjà pleins de choses derrière le mot ordonnance donc je trouve que ça parle bien.

EAPA07: Ouais, d'ac.

Ordonnance ça veut dire aussi dans la tête des médecins que c'est eux qui sont à la base du truc et ça flatte un peu l'égo de certains médecins qui vont dire « Ah ouais c'est nous qui lançons »

EAPA07: Ouais mais voilà c'est ce que je disais tout à l'heure, on a eu des retours aussi de médecins qui disaient mais moi je ne veux pas faire une prescription d'activité physique parce que je ne sais pas quoi prescrire et voilà.

MG08: Après c'est juste pour interpeller. Après faut, faut...

EAPA07: Oui oui [rires], ne vous inquiétez pas on va pas ...

Dans le sens de ce que disait MG08, ouais c'est ça, c'est que ça va faire, si tu mets un mail avec un titre sport sur ordonnance ça va faire tilt. Même si ils disent je peux orienter mon patient, je peux le faire en tant que médecin. Activité physique adaptée pff... le médecin il va pas se dire grand-chose et puis ils y en a qui ne l'ouvriront pas ton mail justement. C'est vrai que c'est pour ça que c'est un bon ...

MG08: Ouais je trouve que ça parle en tout cas.

Voilà, donc bon là je l'ai trop ouverte donc heu ... [rires]

EAPA07: Après je sais pas si, bon je sors un peu duuu... Je disais l'HAS a sorti son guide de prescription d'activités physiques et je me demande, mais c'est trop récent, si les médecins vont s'en saisir justement ? Si ils vont se dire ben oui, en plus il est hyper détaillé. Là pour le coup il vous ne demande beaucoup, c'est à vous de dire quelle activité physique, quelle fréquence, quelle intensité? J'étais là, j'étais wahhh [rires].

MG08: Ça je pense que c'est un canal que tout le monde regarde un peu mais que finalement pfff, je suis pas sur que ça change beaucoup les pratiques hein.

EAPA07: Ouais ?

MG08: Ouais. Ça peut-être un support

EAPA07: Je veux dire, vous allez plus avoir à vous dire on va les envoyer à des enseignants APA qui vont les orienter sur l'activité physique qu'il faut que vous vous dire on va leur faire le programme d'activités physiques.

MG08: Ouais faut déjà s'y intéresser, faut aimer, faut déjà être pour faire ça, pour lire tout ce document et puis pour ...

EAPA07: Ouais il fait 200 pages, non un peu moins.

MG08: Et puis il faut déjà s'y intéresser, il faut que se soit déjà à mon avis des médecins qui s'intéressent au sport, qui ont envie de s'orienter la dedans. On a chacun nos petits trucs qu'on aime bien, mais à 90% des médecins ils iront pas très loin dans le document je pense. Fin j'en sais rien mais moi j'irai pas très loin en tout cas.

T'iras à la fin.

MG08: Moi j'irais voir un peu les arbres décisionnels, voir un peu ce qu'il se passe mais ...

EAPA07: Ils sont pas à la fin en plus, ils ont fait des blagues, ils les on collé au milieu.

MG08: Faut que ce soit un peu pratique parce que sinon ... voilà.

Autre chose ? Non ? Au niveau du coup de l'information des médecins, tu parlais tout à l'heure, pendant les rencontres d'avoir des numéros, des choses comme ça ... Dans les mails, est-ce que c'est plutôt ... Vous, vous voyez des mails d'informations ou plus des mails avec des coordonnées vers qui adresser?

MG07: Les 2. Informer déjà. Toute façon c'est la base. Et à la fin terminer par le mail, les numéros pour orienter les patients. Oui parce que si on a pas les coordonnées il y aura pas de suite.

Vous irez pas forcément les chercher vous.

MG07: Non là pour le coup ça accrochera moins.

OK. Est-ce que vous vouliez rajouter quelque chose ? Moi je suis arrivé enfin au bout de mon questionnaire [rires]

MG07: Je me suis dit «Il va tourner la page.»

Non, il y a pas. Quand même [rires]. Est-ce que vous vouliez rajouter quelque chose ?

MG07: Non.

EAPA08: Moi je voulais vous remercier, c'est déjà bien d'avoir un échange je trouve. Je rejoins Christelle, c'est très riche de voir exactement comment vous voyez la démarche et dans quel but vous voyez cette prescription. C'est vrai que nous on la voyait peut-être dans un autre sens et je trouve que voilà, on va peut-être être plus en phase dans ben déjà premier pas dans la communication. Et vraiment dans ce que l'on va travailler pour être en concordance avec vos besoins à vous.

MG08: On représente peut-être pas la majorité des médecins ... Je sais pas.

Il y aura forcément un biais parce que les médecins qui viennent c'est ceux qui vont être intéressés.

EAPA07: Ça c'est sur.

MG08: Moi je suis venu je ne connaissais pas le sujet.

C'est vrai [rires]. C'est parce que toi tu es très gentil. En théorie c'est comme ça que j'aurais du faire avec tous les médecins: «voilà je fais ma thèse, venez». Non après c'est vrai que les médecins qui se disent allez je suis à la retraite dans deux ans, moi le sport sur ordonnance je m'en fou un peu, ils vont forcément pas venir. Donc c'est sur que c'est forcément un biais mais déjà c'est possible qu'il y ai quand même un certain nombre de médecins qui seront intéressés.

MG08: Oh oui oui je pense.

EAPA07: Oui et puis je pense, fin moi vous me donnez une autre vision justement des attentes des médecins parce que moi j'ai des contacts avec des médecins mais qui sont parti prenant du projet et qui du coup n'ont pas le même discours que celui que vous m'avez tenu ce soir. Que se soit sur les objectifs, que se soit sur comment vous vous envisagez la prescription de l'activité physique ... Fin voilà. Et effectivement, les médecins qui sont parti prenant du projet du coup ils ont pas ...

MG08: Ils sont déjà dedans

EAPA07: Oui fin voilà. Mais du coup je pense que ... Moi en tout cas ça me donne une position plus sur le médecin généraliste lambda qui est prêt à prescrire à ses patients de l'activité physique mais qui va pas aller chercher dans le détails ce que ... Fin voilà, nous on a parfois des retour de médecins où ... oui il voudrait dire oh bah lui je veux qu'il fasse de la gym douce, de l'aquagym et puis voilà. Mais pourquoi pas fin je veux dire mais je me disais est-ce que tous les médecins généralistes vont voilà, axer précisément leur prescription.

MG09: Ça dépend, je pense que la tendance quand même est à ce que les prescriptions soient de moins en moins précises [rires]. La kiné c'est franchement pas précis. Faire séances de kiné pour rachis cervical. Démerdez vous avec ça.

MG07: On délègue tant qu'on peut. Il n'y a plus de nombre, plus de durée... On se réfère quand même aux personnes qui s'y connaissent parce que moi là dedans, je patauge mais pffff.

Ça dépend des médecins. Il y a des médecins qui vont prescrire de la kiné de manière très précise parce qu'ils sont à l'aise aussi...

MG08: Tout à fait.

MG07: Quand je sais qu'il y a des personnes qui sont bien plus au fait de tout ça, je laisse mon patient et puis je fais confiance.

EAPA07: Du coup je suis contente d'être perçue comme quelqu'un qui... qu'on ait un retour où on est considérés comme des gens qui s'y connaissent.

MG08: Ah bah oui!

EAPA08: Mais on a pas forcément ce sentiment là.

MG08: Ah oui?

EAPA07: Ouais.

MG08: Parce que vous êtes largement plus qualifiés que nous, nous c'est global, c'est la prise en charge globale du patient, après sur l'activité en tant que telle et sur sa prise en charge...

MG07: La capacité physique.

EAPA08: Non mais c'est un bon retour, de l'entendre, je suis rassurée [rires].

MG07: Chacun son domaine.

Vous vouliez rajouter autre chose? Non? Et bien je vais vous laisser tranquille, je vous remercie.



Nom Prénom : Charvieux Baptiste

Titre de la thèse : Freins à la mise en place du dispositif Sport Sur Ordonnance en Haute-Savoie: regard croisé entre médecins généralistes et enseignants en activité physique adaptée

Thèse Médecine Générale : Lyon 2019 ; n°75

Résumé

Depuis 2016 et la parution du décret du 26 décembre 2016, le sport sur ordonnance permet au médecin traitant de prescrire de l'activité physique adaptée à ses patients en affection de longue durée. Cependant le dispositif peine à se mettre en place en Haute-Savoie, avec un faible recrutement de patients. L'objectif principal de l'étude était d'identifier les freins à la mise en place du dispositif en Haute-Savoie, l'objectif secondaire de proposer des solutions pour lever ces freins. Il a été réalisé une étude qualitative en focus groupes et différents freins ont été identifiés : le manque de formation des médecins, le manque de communication locale et générale au sujet du dispositif, l'absence de financement pérenne, l'absence de relais à la sortie du dispositif. Les solutions proposées ont été de créer des formations pour les médecins, d'améliorer la communication à travers des formations locales et générales, de créer des structures pouvant accueillir les patients sortant du dispositif et de trouver un financement pérenne par l'Assurance Maladie ou les mutuelles.

MOTS CLES : Activité physique – Sport sur ordonnance – activité physique adaptée – freins – solutions – qualitatif – focus groupes – maladies chroniques

JURY : Présidente : Monsieur le Professeur

Membres : Monsieur le Professeur

Monsieur le Professeur

Monsieur le Docteur

DATE DE SOUTENANCE : 2 avril 2019

ADRESSE DE L'AUTEUR : 44, place de la Grenette 74800 La Roche sur Foron