



BU bibliothèque Lyon 1

<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>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Année 2014 N°

COMMENT RÉSOUDRE LES DIFFICULTÉS DE PRESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR ORDONNANCE ?

Étude qualitative auprès de neuf médecins chambériens de
l'expérimentation « Bouger sur prescription »

THÈSE

Présentée

à l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le **7 octobre 2014**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Carine Reinert-Giraud
née le 20/12/1984 à Strasbourg

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2013/2014

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Chatelain	Pierre	Pédiatrie (surnombre)
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Kohler	Rémy	Chirurgie infantile
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Fouque	Denis	Néphrologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Laville	Maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Perrin	Gilles	Neurochirurgie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Scoazec	Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bastien	Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Jegaden	Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie

Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Allouachiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Calender	Alain	Génétique
Chapet	Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Anatomie
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Hot	Arnaud	Médecine interne
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ;

Richard	Jean-Christophe	gynécologie médicale
Rossetti	Yves	Réanimation ; médecine d'urgence
Rouvière	Olivier	Physiologie
Saoud	Mohamed	Radiologie et imagerie médicale
Schaeffer	Laurent	Psychiatrie d'adultes
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Wattel	Eric	Neurologie
		Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Tissot	Etienne	Chirurgie générale
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Bui-Xuan	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Hadj-Aissa	Aoumeur	Physiologie
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques

Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Lièvre	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Bricca	Giampiero	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Cellier	Colette	Biochimie et biologie moléculaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charbotel-Coing-Boyat	Barbara	Médecine et santé au travail
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret Poncin	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Franco-Gillioen	Patricia	Physiologie
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lasset	Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Buzluca Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Charrière	Sybil	Nutrition
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Rheims	Sylvain	Neurologie (stag.)
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (stag.)
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques (stag.)
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Figon	Sophie
Lainé	Xavier

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.

Admise 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 couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

Composition du jury

Président :

Monsieur le Professeur Laurent **LeTrilliart**

Membres :

Monsieur le Professeur Cyrille **Colin**

Madame le Professeur Marie **Flori**

Madame le Docteur Corinne **Perdrix**, directrice de thèse

Membre invité :

Monsieur le Docteur Pierre Molina d'Aranda de **Darrax**

Remerciements

À Monsieur le Professeur Laurent Letrilliart

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Je vous remercie pour votre accueil lors de notre rencontre et pour la qualité des conseils que vous m'avez donnés. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Cyrille Colin

Vous avez accepté de juger mon travail.

Vous avez porté un intérêt à cette thèse et vous m'avez aidée par vos remarques pertinentes. Soyez assuré de mon très profond respect.

À Madame le Professeur Marie Flori

Vous vous êtes rendue disponible pour juger cette thèse.

Au cours de ces années d'internat, j'ai eu plaisir à travailler avec vous et avec l'équipe des tuteurs. Vous m'avez encouragée et accompagnée lors de ma première présentation orale dans le « grand bain » du congrès du CNGE. Je vous en suis sincèrement reconnaissante.

À Madame le Docteur Corinne Perdrix

Vous m'avez fait l'honneur de diriger et de juger cette thèse.

Je vous remercie pour votre patience, vos conseils, votre confiance lors de l'élaboration de ce travail. Vous étiez toujours présente pour répondre à mes questions, avec sourire et bonne humeur. J'ai aussi eu la chance de vous avoir comme tutrice. Je vous témoigne ici toute ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Pierre Molina d'Aranda de Darrax

Vous m'avez proposé de travailler avec vous et vous avez accepté de participer à ce jury.

Vous m'avez permis de rejoindre l'équipe chambérienne autour de ce beau projet. Par votre dynamisme et votre engagement dans l'expérimentation, vous m'avez motivée à poursuivre mes efforts dans ce travail. Je vous adresse mes plus grands remerciements.

Je remercie toute l'équipe qui a permis la réalisation de ce travail.

Bernard, Pierre, Fabrice, Marc, Corentin, Gwenaël, Pauline, Claire, Lucile, Jean-Baptiste, Sylvie : j'ai été ravie de cheminer avec vous dans l'aventure chambérienne. Que d'énergie dépensée pour ce projet ! Mais le jeu en vaut la chandelle. Lucile, je te souhaite bonne route, et je souhaite la bienvenue à Elsa. Bonne continuation à tous, et bonne réussite à « Bouger sur prescription » !

Nicolas Mercat, Dr Guinot et Dr Ottavy : j'ai été touchée par votre aide ponctuelle.

Sylvie et l'équipe de la CPAM de Savoie : vous avez fourni des documents pour la soutenance de thèse, ceux que j'espérais, et même plus encore !

Les médecins de l'expérimentation : sans vous, ce projet n'existerait pas. Par votre présence aux focus-groups, vous avez permis la réalisation de cette thèse.

Dr Rébeillé-Borgella : c'est grâce à notre rencontre que j'ai pu connaître Dr Molina D'Aranda.

Les Strasbourgeois, Champenois et Midi-Pyrénéens, en particulier Sandrine Knobé, Carine Schindler, Florent Herzog, Lydia Cusse et la chargée de mission d'effORMip : vous avez eu la gentillesse de me transmettre vos documents et de répondre à mes demandes.

Je remercie les médecins et les soignants qui m'ont montré le chemin et donné goût à la médecine.

Dr Luckel, mon pédiatre : c'est en venant vous consulter avec plaisir que, très jeune, j'ai eu l'idée de mon avenir : « Plus tard je serai médecin pour soigner les enfants ».

Mes maîtres de stage : vous m'avez émerveillée par vos connaissances et votre humanité. Vous m'avez confortée dans mon orientation professionnelle. En particulier les médecins des services de médecine interne de Colmar, Annonay et Vienne, vous m'avez donné goût à cette discipline. Docteurs Lastic, Grosrey, Dannaoui, Mandier et Perrin, vous m'avez montré les beautés de la médecine ambulatoire. Grâce à la transmission de vos savoirs, je me sens capable de voler de mes propres ailes.

Les paramédicaux, les secrétaires : j'ai beaucoup appris par votre aide et vos conseils précieux.

Les patients : vous partagez vos plaintes et prêtez votre corps, j'apprends à vous soigner. Par cette relation forte, vous me donnez envie de poursuivre ma mission de soignante jour après jour.

L'équipe de l'hôpital et de l'EHPAD de Tournon : vous m'accueillez régulièrement dans votre groupe avec sympathie. Je suis ravie de poursuivre notre collaboration.

Je remercie mes amis qui m'entourent de leur affection.

Les plus anciens : Elo, Auré, Laeti, aurait-on imaginé il y a quinze ans être ici aujourd'hui ?

Les amis de médecine : Anne, Aurélie, Coralie, Céline, Florence et tous mes anciens coexternes, nous avons passé des moments forts à Strasbourg et à Bochum pour la préparation de l'internat ! Van, Mélanie, Camille, Luce, Marie et tous mes anciens cointernes lyonnais, nous avons vécu la formidable expérience qu'est l'internat. Avec l'équipe du SyreL, nos discussions autour des pizzas et avec le DMG étaient conviviales et enrichissantes !

Les amis de Sébastien qui sont devenus mes amis, les connaissances de Vienne : j'aime partager de bons moments avec vous. Bonne route à l'équipe des Jeunes pros, fraîche et pleine d'entrain !

Tous mes autres amis et connaissances : vous comptez beaucoup pour moi.

Je remercie ma famille, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

Mes parents : vous m'avez permis de grandir épanouie. Par votre amour, votre sens de l'amour de l'autre et du travail, vous m'avez donné de bonnes racines. Vous m'avez guidée dans mes choix, vous m'avez apporté le soutien dont j'avais besoin. Cette thèse est aussi l'aboutissement de votre travail, bien au-delà de votre participation par des relectures attentives. Merci.

Mes soeurs : nos vies sont mêlées depuis trente ans ! Anne, tu t'occupais de moi comme une « petite maman ». Je n'oublie pas les cours de physique que tu m'as donnés en P1. Mélanie, tu as toujours été une confidente, une partenaire de jeu. Toutes les deux, vous m'avez soutenue dans mes études. Cette thèse en est le résultat. Merci.

Mon beau-frère Jérôme, mes neveux Louise et Paul : vous m'apportez la joie d'une famille qui s'agrandit ! Souhaitons la bienvenue au petit troisième.

Mon filleul Victor : ta naissance a été un rayon de soleil.

Ma cousine Céline : tu m'as donné un bon coup de pouce avec tes cours de P1 !

Tous mes cousins et cousines, oncles et tantes, ma famille plus éloignée : vous êtes chers à mon coeur.

Ma belle-famille : vous êtes ma deuxième famille. Merci pour votre accueil chaleureux.

Mon mari : ta présence et ton amour sont des cadeaux de chaque jour. Je ne compte plus les heures que tu as consacrées à cette thèse. Quelle est l'activité la plus prenante : la préparation d'un mariage ou la rédaction d'un tel travail ? Merci à toi.

Abréviations

4S	Sport santé solidarité Savoie ACC American College of Cardiology
ACSM	American College of Sport Medicine
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AHA	American Heart Association
ALD	Affection longue durée
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
AP	Activité physique
APA	Activité physique adaptée
APS	Activité physique et sportive
AP3R	Activité physique régulière, raisonnée et raisonnable
ARS	Agence régionale de santé
ATCD	Antécédents
AVC	Accident vasculaire cérébral
BDSP	Banque de données en santé publique
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
BPM	Battements par minute
CCPP	Commission de coordination des politiques publiques
CDOS	Comité départemental olympique et sportif
CES	Certificat d'études spécialisées
CISMEF	Catalogue et index des sites médicaux de langue française
CMFC	Collège des médecins de famille canadiens
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DDCS/PP	Direction départementale de la cohésion sociale et/ou de la protection des personnes
DDI	Direction départementale interministérielle
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaire
DIU	Diplôme interuniversitaire

DRDJS	Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DU	Diplôme universitaire
ECG	Électrocardiogramme ECN Examen classant national
efFORMip	Effort et forme en Midi-Pyrénées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EM	Elsevier Masson
ENNS	Étude nationale nutrition santé
FC	Fréquence cardiaque
FCmax	Fréquence cardiaque théorique maximale
FG	Focus-group
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FRCV	Facteur de risque cardiovasculaire
GPAQ	Global Physical Activity Questionnaire
HAS	Haute autorité de santé
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HDL	High Density Lipoprotein
HEPA	Health Enhancing Physical Activity
HPST	Hôpital patient santé territoire
ICAPS	Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité
IMC	Indice de masse corporelle
INCa	Institut national du cancer
INCA	Étude individuelle nationale des consommations alimentaires
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IRMES	Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LDL	Low Density Lipoprotein
MCV	Maladie cardiovasculaire
MeSH	Medical Subject Headings
MET	Metabolic Equivalent
MRRS	Maison des réseaux de santé de Savoie
NCI	Non contre-indication
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAMA	Plan d'actions pour les mobilités actives
PAPRICA	Promotion de l'activité physique au cabinet médical
PACE	Physician-based Assesment and Counseling for Exercise

PAL	Physically Active for Life
PAPP	Physical Activity Prescription Programm
PAS	Pression artérielle systolique
PAD	Pression artérielle diastolique
PEPAF	Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física
PMI	Protection maternelle et infantile
PNAPS	Plan national de prévention par l'activité physique et sportive
PNNS	Programme national nutrition santé
Q-AAP	Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique
RPIB	Repérage précoce de l'intervention brève
RESADH	Réseau addictions VIH hépatites
SAVEDIAB	Savoie éducation diabète
SF-36	The Short Form (36)
SSBE	Sport santé bien-être
SSMS	Société suisse de médecine du sport
SSSO	Sport santé sur ordonnance
STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
SUDOC	Système universitaire de documentation
TG	Triglycérides
THE PEP	Transport, Health and Environment Pan-European Programme
URPS	Union régionale des professionnels de santé

Table des matières

Abréviations	1
Table des matières	4
Table des illustrations	7
Table des annexes	9
1 Introduction	10
1.1 Généralités	10
1.1.1 Intérêt d'une prescription d'activité physique régulière	10
1.1.1.1 Définitions	10
1.1.1.2 Bénéfices de l'activité physique sur la santé	12
1.1.1.3 Méthodes de quantification de l'activité physique	16
1.1.1.4 Recommandations sur la pratique de l'activité physique	20
1.1.1.5 Pratique de l'activité physique en France et dans le monde	21
1.1.1.6 Limites à la pratique de l'activité physique selon les patients	22
1.1.2 Promotion et prescription de l'activité physique	23
1.1.2.1 Différents types de promotion	23
1.1.2.2 Intervention de prescription en pratique	27
1.1.2.3 Plans de promotion et de prescription de l'activité physique	30
1.1.2.4 Limites de la prescription de l'activité physique par les médecins	33
1.1.3 Un concept récent : le réseau « Sport santé bien-être »	33
1.1.3.1 Naissance et objectifs	33
1.1.3.2 « Sport santé bien-être » et dispositifs existants	34
1.1.3.3 « Sport santé bien-être » et prescription de l'activité physique en France : trois exemples	34
1.1.3.4 « Sport santé bien-être » en Rhône-Alpes	37
1.2 L'expérimentation chambérienne	38
1.2.1 Historique	38

1.2.2	Présentation de l'expérimentation	40
1.2.2.1	Objectifs et publics cibles	40
1.2.2.2	Offres et parcours de soin	40
1.2.2.3	L'intervention de prescription en pratique	42
1.2.3	Que pensaient les acteurs du dispositif ?	44
1.2.3.1	Évaluation des patients	44
1.2.3.2	Évaluation des acteurs de l'offre	44
1.2.3.3	Évaluation des médecins	44
1.2.4	Objectifs de l'étude	45
2	Matériel et méthode	46
2.1	Type d'étude	46
2.2	Population	46
2.3	Déroulement de l'étude	46
2.4	Recherche documentaire	47
3	Résultats	49
3.1	Données socio-démographiques des médecins	49
3.2	Analyse des entretiens	49
3.2.1	Promotion de l'activité physique et prise en charge pluridisciplinaire avant l'expérimentation	49
3.2.2	Initialisation de la prescription en pratique	54
3.2.3	Évaluation des outils de prescription	58
3.2.4	Difficultés d'initialisation de la prescription	61
3.2.5	Suivi de la prescription d'activité physique	65
3.2.6	Bilan de l'expérimentation	68
3.2.7	Propositions pour le déploiement du dispositif de prescription en Savoie	70
3.2.8	Propositions pour le déploiement du dispositif de prescription à d'autres professionnels	72
3.2.9	Propositions pour le déploiement du projet : aspects techniques généraux	75
4	Discussion	80
4.1	Résultat principal	80
4.2	Forces et faiblesses de l'étude	80
4.3	Des difficultés partagées par d'autres expérimentateurs	83
4.3.1	Promotion de l'activité physique et prise en charge pluridisciplinaire avant l'expérimentation	83
4.3.2	Initialisation de la prescription en pratique	83
4.3.3	Évaluation des outils de prescription	83
4.3.4	Difficultés d'initialisation de la prescription	87
4.3.5	Suivi de la prescription d'activité physique	87
4.3.6	Bilan de l'expérimentation	92
4.3.7	Propositions pour le déploiement du dispositif de prescription en Savoie	92

4.3.8	Propositions de déploiement du dispositif de prescription à d'autres professionnels	94
4.3.9	Propositions de déploiement du projet : aspects techniques généraux	95
4.4	Signification et hypothèses	96
4.4.1	Identification des médecins prescripteurs	96
4.4.2	Promotion de l'activité physique et prise en charge pluridisciplinaire avant l'expérimentation	96
4.4.3	Initialisation de la prescription en pratique	97
4.4.4	Évaluation des outils de prescription	98
4.4.5	Difficultés d'initialisation de la prescription	99
4.4.6	Suivi de la prescription d'activité physique	99
4.4.7	Bilan de l'expérimentation	101
4.4.8	Propositions pour le déploiement du dispositif de prescription en Savoie	102
4.4.9	Propositions pour le déploiement du dispositif de prescription à d'autres professionnels	103
4.4.10	Propositions pour le déploiement du projet : aspects techniques généraux	103
4.5	Perspectives	104
4.5.1	Simplifier les parcours	104
4.5.2	Améliorer les outils de prescription	104
4.5.3	Faciliter l'intervention de prescription des médecins	106
4.5.4	Faciliter l'adhésion des patients sur le long terme	106
4.5.5	Entretenir la motivation des médecins	108
4.5.6	Réfléchir aux moyens financiers	109
4.5.7	Former les professionnels	109
4.5.8	Travailler en pluriprofessionnalité	110
4.5.9	Évaluer le dispositif de prescription	111
	Conclusion	112
	Références	115
	Annexes	128

Table des illustrations

Tableaux

Tableau 1	Potentiel de réduction de pathologies par 30 minutes quotidiennes d'activité physique modérée	14
Tableau 2	Échelle de perception de l'effort de Borg	17
Tableau 3	Sensations physiques et intensité de l'activité physique	18
Tableau 4	Nombre de pas et intensité de l'activité physique	20
Tableau 5	Synthèse de recommandations américaines et suisse de gestion des risques cardiovasculaires liés à l'activité physique	29
Tableau 6	Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins	50
Tableau 7	Modalités de la prescription dans différentes expérimentations de prescription d'activité physique	84
Tableau 8	Outils de la prescription dans différentes expérimentations de prescription d'activité physique 1/2	85
Tableau 9	Outils de la prescription dans différentes expérimentations de prescription d'activité physique 2/2	86
Tableau 10	Suivi de la prescription dans différentes expérimentations de prescription d'activité physique	88
Tableau 11	Pathologies des patients de chaque parcours de soin en fin d'expérimentation	90
Tableau 12	Succès relatif des activités physiques de l'expérimentation strasbourgeoise « Sport santé sur ordonnance »	90
Tableau 13	Effectifs et financements de la prescription dans différentes expérimentations de prescription d'activité physique	93
Tableau 14	Nombre de prescriptions par médecin en fin d'expérimentation	101
Tableau 15	Nombre de prescriptions totales en fin d'expérimentation	101

Figures

Figure 1	Transformations physiologiques et avantages cliniques de l'activité physique . .	13
Figure 2	Relation dose-réponse de l'activité physique	15
Figure 3	Mesure de la fréquence cardiaque d'entraînement selon la méthode de Karvonen modifiée	19
Figure 4	Modèle écologique de Booth	23
Figure 5	Cycle de Prochaska et DiClemente	26
Figure 6	Algorithme « Repérage précoce en intervention brève »	27
Figure 7	Questionnaire de Marshall	28
Figure 8	Chronologie de l'expérimentation chambérienne « Bouger sur prescription » . .	39
Figure 9	Modalités et choix des parcours de soin	41
Figure 10	Offre et intervenants des parcours de soin	42
Figure 11	Algorithme décisionnel de la prescription d'activité physique	43
Figure 12	Flow-chart de l'inclusion des médecins	51

Encadrés

Encadré 1	Occurrences de l'item « Promotion de l'activité physique et prise en charge pluridisciplinaire avant l'expérimentation »	54
Encadré 2	Occurrences de l'item « Initialisation de la prescription en pratique »	57
Encadré 3	Occurrences de l'item « Évaluation des outils de prescription »	61
Encadré 4	Occurrences de l'item « Difficultés d'initialisation de la prescription »	64
Encadré 5	Occurrences de l'item « Suivi de la prescription d'activité physique »	67
Encadré 6	Occurrences de l'item « Bilan de l'expérimentation »	70
Encadré 7	Occurrences de l'item « Propositions pour le déploiement du dispositif de pres- cription en Savoie »	72
Encadré 8	Occurrences de l'item « Propositions pour le déploiement du dispositif de pres- cription à d'autres professionnels »	75
Encadré 9	Occurrences de l'item « Propositions pour le déploiement du projet, aspects techniques généraux »	79

Table des annexes

Annexe 1	Comités technique et de pilotage	129
Annexe 2	Affiche « Bougez-vous ?! »	132
Annexe 3	Flyer pour le patient avec le test de Ricci et Gagnon modifié	133
Annexe 4	Guide pour le médecin	135
Annexe 5	Fiche d'adhésion	137
Annexe 6	Fiche de présentation de l'offre	138
Annexe 7	Coordonnées de la conseillère	140
Annexe 8	Bilan motivationnel et activités physiques conseillées selon les pathologies	141
Annexe 9	Contre-indications aux activités physiques	142
Annexe 10	Mémento	144
Annexe 11	Diagnostic express	146
Annexe 12	Fiche de l'offre de Mobilité	147
Annexe 13	Résultats de l'enquête préliminaire	149
Annexe 14	Questionnaire des médecins	151
Annexe 15	Guide d'entretien	152
Annexe 16	Grille d'analyse	153
Annexe 17	Retranscription des focus-groups	154
Annexe 18	Retranscription de la réunion en fin d'expérimentation	183

Introduction

1.1 Généralités

1.1.1 Intérêt d'une prescription d'activité physique régulière

L'homme est un être en mouvement. Pendant des millénaires il ne cessait de bouger pour ses activités de chasse, de cueillette, d'agriculture et d'artisanat. Puis la révolution industrielle du 18^{ème} siècle a changé son mode de vie. Avec l'apparition de la voiture, puis plus tard de la télévision et des ordinateurs, il s'est sédentarisé.

Cette sédentarisation a fait émerger de nouvelles pathologies chroniques. Dans les sociétés modernes, un des nouveaux objectifs des médecins est de changer les modes de vie pour prévenir et guérir ces maladies. La pratique d'activité physique fait partie de ce changement.

1.1.1.1 Définitions

- **L'activité physique**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'activité physique (AP) comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense énergétique de repos » [1, 2].

L'activité physique ne se réduit pas à la seule pratique sportive mais inclut tous les mouvements de la vie quotidienne. Ainsi les activités de loisirs, le jardinage et le bricolage, les tâches ménagères, les transports actifs, les activités professionnelles en font partie.

Pour déterminer la relation dose-effet entre l'activité physique et ses bénéfices sur la santé, des déterminants sont définis : la fréquence, la durée, l'intensité, le type et la quantité [3].

Le type est le mode de participation à l'activité physique. L'exercice physique peut prendre des formes diverses : endurance, force, assouplissement, équilibre.

La durée est la période de temps de pratique d'une activité.

La fréquence est le nombre de fois où une activité est pratiquée.

L'intensité est le rythme de pratique ou l'importance de l'effort nécessaire à la pratique.

Le volume est le produit des caractéristiques de l'activité physique : l'intensité, la fréquence, la durée de la période et la longueur du programme.

Une activité d'**intensité modérée** présente une intensité 3 à 5,9 fois supérieure à celle du repos. Sa capacité est évaluée à 5 ou 6 sur une échelle de capacité personnelle de 0 à 10.

Une activité d'**intensité soutenue** présente une intensité au moins 6 fois supérieure à celle du repos chez l'adulte et au moins 7 fois supérieure à celle du repos chez l'enfant ou l'adulte jeune. Sa capacité est évaluée à 7 ou 8 sur une échelle de capacité personnelle de 0 à 10.

Une activité d'**endurance** améliore la fonction cardio-respiratoire : la marche rapide, la course, le vélo, la corde à sauter, la natation...

- **Le sport**

C'est « une forme d'activité physique qui, à travers une pratique organisée ou non, a pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique ou psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition à tous niveaux » (Conseil de l'Europe, 2004).

- **La santé**

Elle est un « état de complet bien-être physique, social, mental et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie » selon l'OMS en 1946. Selon la charte d'Ottawa de 1986, elle est une ressource de la vie quotidienne et non un but de la vie. Elle permet à un individu de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec le milieu en s'adaptant à lui. Ce concept positif met en valeur les ressources sociales, individuelles et les capacités physiques.

- **Une activité physique favorable à la santé**

Il s'agit de « toute forme d'activité physique qui améliore la santé et les capacités fonctionnelles sans causer de tort ou représenter un risque » [4].

- **La vie active**

Ce mode de vie incorpore au moins 30 minutes par jour de mobilités actives et d'activité physique dans les habitudes quotidiennes (60 minutes pour les enfants) : marche, vélo, sport, jeux dans un parc, jardinage, tâches ménagères, montée d'escaliers [5].

- **Les mobilités actives ou douces**

Ce sont des modes de déplacement alternatifs aux moyens polluants et motorisés : marche, vélo... Ils se combinent aisément avec les transports en commun [5].

- **L'écomobilité**

Elle est la possibilité de se déplacer de façon économe et durable grâce à l'utilisation d'énergies renouvelables, comme les véhicules électriques, vélos, tramway et covoiturages [5].

- **La sédentarité**

L'OMS la définit comme une absence d'activité physique [3]. Les mouvements corporels sont réduits au minimum, la dépense énergétique est proche du repos [6] : regarder la télévision, l'ordinateur, les activités intellectuelles [7].

- **L'éducation pour la santé**

D'après la charte d'Ottawa de 1986, elle est le processus d'accompagnement pour initier et consolider des comportements favorables à la santé à partir de choix éclairés par l'apport de

connaissances (savoirs) et le développement de capacités (savoir-être, savoir-faire).

- **La prévention**

L'OMS la définit en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » [8].

La prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une maladie par la prise en charge de conduites individuelles à risque, des risques environnementaux ou sociétaux.

La prévention secondaire a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie en s'opposant à l'évolution de la pathologie débutante ou des facteurs de risque comme les actes de dépistage.

La prévention tertiaire veut diminuer la prévalence des incapacités chroniques, des récives, des complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. Elle vise la réadaptation médicale, sociale et psychologique du malade.

La prévention quaternaire, définie plus tardivement, désigne initialement les soins palliatifs, puis les actions pour identifier un patient à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables [9].

1.1.1.2 Bénéfices de l'activité physique sur la santé

- **Des bénéfices multiples**

Les transformations physiologiques et les avantages cliniques de l'AP sur la santé sont nombreux. Ils sont résumés par l'Académie nationale de médecine en 2012 (Figure 1) [10].

- **Quantification des bénéfices**

Les principales études sur les bénéfices de l'AP sont citées dans des rapports de l'OMS [1, 11] et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) [12]. Un article danois [13] présenté par THE PEP 2005-2008 (Transport, Health and Environment Pan-European Programme) compare des données de Norvège de 2001 [14], de Suisse de 2001 [15], du Danemark de 2003 [16] et de l'OMS de 2003 [17]. THE PEP est un programme des Nations Unies et de l'OMS intégrant les problématiques de santé et d'environnement dans les politiques de transport terrestre [18]. Le tableau 1 illustre ces résultats.

- **Bénéfices supplémentaires**

La sédentarité représente le quatrième facteur de risque de mortalité dans le monde (6%), après l'hypertension artérielle, le tabagisme et l'hyperglycémie (niveau ex æquo) [11].

L'action de prévention de l'AP se fait à tous les niveaux pour la plupart des pathologies. Lorsqu'une pathologie est installée, l'AP améliore la dyspnée, la fatigabilité, la tolérance à l'effort, l'autonomie, la qualité de vie [1]. Elle renforce l'estime de soi et atténue les symptômes du stress, de l'anxiété et de la dépression [1, 12].

L'AP diminue le nombre d'exacerbations des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), le déconditionnement respiratoire des asthmatiques et les symptômes de manque et de stress lors du sevrage tabagique [12, 28]. Elle améliore la mobilité et diminue la douleur des patients lombalgiques chroniques [29] et fibromyalgiques [30]. L'action de l'AP sur

Bull. Acad. Natle Méd., 2012, 196, n° 7, 1429-1442, séance du 9 octobre 2012

Tableau 1. — Le texte détaillé peut être consulté sur le site de l'Académie nationale de médecine

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

AVC : accident vasculaire cérébral ; HDL : high density lipoprotein.
 observée en fonction du type et du niveau d'activités effectuées, ce qui entraîne un allongement de l'espérance de vie en bonne santé. Une dépense énergétique supplémentaire de 1 000 à 1 700 kcal par semaine est associée à une réduction significative

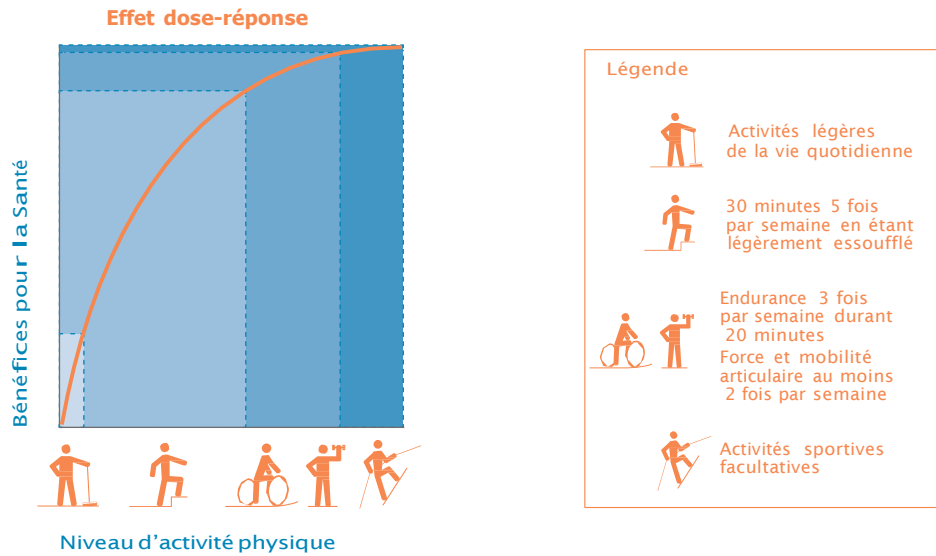
Figure 10. — Les transformations physiologiques et les avantages cliniques de l'activité physique
 montre qu'une pratique d'APS d'intensité modérée (au moins trois heures par semaine), ou même d'au moins vingt minutes trois fois par semaine, s'accompagne d'une réduction du risque de mortalité de l'ordre de 30 %. L'amélioration de l'espérance de vie s'exprime à chaque étape de la vie, en particulier chez les adultes de soixante-dix ans et plus, à qui la pratique sportive offre une nouvelle espérance de vie. La vitesse de marche est un bon indicateur de l'espérance de vie du sujet âgé. Dans une cohorte de 34 485 sujets de plus de soixante-cinq ans suivie de six à vingt et un ans, la survie à dix ans d'un homme de soixante-quinze ans était de 19 % pour une vitesse de marche de 1,4 km/heure, et de 87 % pour une vitesse de marche de 5 km/heure [17]. Ce résultat est confirmé quels que soient l'âge, le sexe et la cause du décès. Enfin dernièrement, selon Peter Schnohr [6], rapporteur de l'étude « Copenhagen City Heart » à la réunion EuroPrevent 2012, s'astreindre régulièrement à un jogging même effectué selon un rythme modéré, à raison d'une à deux heures par semaine, augmenterait notablement l'espérance de vie. Le lien APS-allongement de l'espérance de vie est donc indiscutable. Aussi, les pouvoirs publics doivent-ils en

Tableau 1 – Potentiel de réduction de pathologies par 30 minutes quotidiennes d'activité physique modérée

	Réduction du risque en % (ou autre indicateur)							Autres études remarquables
	Norvège 2001 [14]	Suisse 2001 [15]	Danemark 2003 [16]	OMS 2003 [17]	OMS 2006 [1]	INSERM 2008 [12]	OMS 2014 [11]	
Mortalité						-30%		
Hypertension artérielle	-30%	-32%				PAS -11 mmHg PAD -8 mmHg		
Diabète de type 2	-50%	-47%	>-20%		-30% environ	-60% chez les intolérants au glucose	-27%	Diana Thomas 2009 [19] : -0,6% de l'HbA1c
Dyslipidémie						TG -3,7% LDL -5% HDL +4,6%		
Obésité						perte de poids maintien de l'amaigrissement		
Pathologies cardiovasculaires			-40%	-33%	-50%			
AVC	-50% (a)	-46% (a)						Lee 2003 [20] : -20%
AOMI								Watson 2008 [21] : +113 mètres de périmètre de marche chez les patients symptomatiques
Cardiopathie ischémique							-30%	O'Connor 1989 [22] : -20% de mortalité en post-infarctus
Ostéoporose		-50%	-50%					
Dorsolombalgie		-26%						
Cancer du colon	-50%	-47%	-50%	-20 à -25%	-40 à -50%	-40 à -50%		Friedenreich 2002 [23] : -40 à -50%
Cancer du sein	-20 à -30%	-28%	-50%	-20 à -25%	-25 à -30%	-30 à -40%		Friedenreich 2008 [24] : -25 à -30%
Cancer du poumon						-20% (-20 à -60%, une étude +40%)		Tardon 2005 [25] : -13%
Cancer de l'endomètre						-30%		Cust 2007 [26] : -30%
Dépression		-68%						
Démence								Larson 2006 [27] : -38% de démence d'Alzheimer

[1, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27] : voir références bibliographiques en fin de thèse.

(a) : Ce nombre indique la réduction des maladies cardiovasculaires incluant les ischémies vasculaires cérébrale et des membres inférieurs. AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs ; AP : activité physique ; AVC : accident vasculaire cérébral ; HbA1c : hémoglobine glyquée ; HDL : high density lipoproteins ; LDL : low density lipoproteins ; PAD : pression artérielle diastolique ; PAS : pression artérielle systolique ; TG : triglycérides.



Source : PARRICA. *Promotion de l'activité physique au cabinet médical : manuel de référence à l'intention des médecins* [36].

Figure 2 – Relation dose-réponse de l'activité physique

le cancer de la prostate est possible mais controversée [1, 12, 31]. La pratique modérée de l'AP stimule la fonction immunitaire alors que la pratique intense l'inhibe [12].

Par les activités sollicitant le système musculosquelettique (notamment le saut à la corde), elle accroît la densité osseuse et prévient l'ostéoporose, en particulier chez les adolescents et les femmes en périménopause [1]. Chez les personnes âgées, l'AP pratiquée tout au long de la vie maintient la force et la souplesse, elle diminue le risque de chute et de fracture de hanche. Elle ralentit le déclin immunologique [12], le raccourcissement des télomères [32] et augmente la stimulation des hormones anaboliques growth hormone (GH), insulin-like growth factor 1 (IGF1), déhydroépiandrostérone (DHEA) et testostérone [33].

D'autres bénéfices existent mais leur niveau de preuve est moins établi. Ils concerneraient les apprentissages de l'enfant, les performances scolaires, les comportements violents, l'usage de substances toxiques, le déroulement de la grossesse et la récupération en post-partum, la sclérose en plaque, la mucoviscidose, le sida, le syndrome de fatigue chronique, les lithiases biliaires et la maladie de Parkinson. [34, 35].

• Une relation dose-réponse

Les bénéfices de l'AP sur la santé croissent généralement avec l'intensité et la durée de la pratique, selon une courbe logarithmique, dans la limite d'une pratique raisonnée. La pratique d'une quantité modérée d'AP chez le sédentaire s'accompagne déjà d'un bénéfice important (Figure 2) [36].

1.1.1.3 Méthodes de quantification de l'activité physique

Plusieurs méthodes de quantification de l'activité physique sont utilisées : les carnets et questionnaires d'activité physique, les symptômes cliniques subjectifs, les marqueurs physiologiques (fréquence cardiaque et cardiofréquencemétrie), l'actimétrie (podomètre, accéléromètre et moniteurs d'activité) et la calorimétrie indirecte.

- **Carnets et questionnaires d'activité physique** [37]

Le **carnet** ou **journal d'activité physique** est la méthode de quantification de l'AP la plus répandue. Le sujet y reporte régulièrement ses activités et s'autoévalue au cours du temps.

Les **questionnaires**, autoadministrés ou remplis lors d'un entretien, portent sur les activités professionnelles, domestiques, de loisirs, sportives, parfois sur la sédentarité.

Les plus utilisés sont l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) [38, 39] et le Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) [40]. Ils sont validés au niveau international. L'IPAQ porte sur l'activité physique des sept derniers jours. Sa version courte est utilisée pour l'évaluation des patients et les études nationales et régionales, sa version longue pour la recherche [41, 42]. Le questionnaire GPAQ est davantage utilisable dans les pays en voie de développement. L'IPAQ et le GPAQ classent l'activité physique selon son intensité « basse », « modérée » ou « élevée » et définissent le coût énergétique correspondant en MET (Metabolic Equivalent).

Un questionnaire du site suisse Promotion de l'activité physique au cabinet médical (PAPRICA) [43] est apprécié et largement téléchargé par les médecins généralistes helvétiques et francophones.

Le test de Ricci et Gagnon [44], d'utilisation simple et courante, évalue le niveau d'AP dans les activités quotidiennes, les activités sportives et récréatives. Il a été modifié par Laureyns et Séné pour prendre en compte le comportement sédentaire. Ce questionnaire a été choisi pour l'expérimentation chambérienne (Annexe 3).

- **Les symptômes cliniques subjectifs**

Les signes cliniques aident à décrire l'intensité de l'activité physique ressentie par le patient.

L'échelle de perception de l'effort de Borg permet de quantifier l'intensité de l'effort entre 6 (effort minimal) et 20 (effort maximal) (Tableau 2) [45].

Le Talk-Test [46] détermine l'intensité de l'effort selon l'essoufflement associé à la possibilité ou l'impossibilité de parler. Quatre degrés d'essoufflement sont définis :

- Degré 1 : Élévation du régime respiratoire par rapport au repos. La conversation est aisée.
- Degré 2 : Respiration par le nez et la bouche. La conversation est hachée.
- Degré 3 : Respiration buccale majoritaire. Conversation par onomatopées.
- Degré 4 : Essoufflement extrême, persistant à l'arrêt. Pas de conversation possible.

L'intensité est suffisante quand la respiration du patient s'accélère jusqu'à la limite de l'essoufflement mais que la parole reste possible.

Un tableau de PAPRICA montre l'équivalence entre la respiration, la capacité de parole et les battements cardiaques avec l'intensité de l'effort et des exemples d'activité (Tableau 3) [36].

- **Marqueurs physiologiques : fréquence cardiaque et cardiofréquencemétrie** [37, 12]

La fréquence cardiaque (FC) est un indicateur de l'intensité de l'activité physique facilement utilisé. La fréquence cardiaque théorique maximale (FCmax) est définie par la formule d'Astrand :

Tableau 2 – Échelle de perception de l'effort de Borg

Valeurs numériques	Perception de l'effort
6	
7	Très, très léger
8	
9	Très léger
10	
11	Assez léger (« Fairly light »)
12	
13	Quelque peu difficile (« Somewhat hard »)
14	
15	Difficile
16	
17	Très difficile
18	
19	Très, très difficile
20	

Adapté de : American College of Sports Medicine, 2000, p. 79.

Source : Nolin B; Institut national de santé publique du Québec. *Intensité de pratique d'activité physique : définitions et commentaires* [45].

$FC_{max} = 220 - \text{l'âge}$. L'activité est d'intensité modérée si la fréquence cardiaque mesurée se situe entre 50 et 70% de sa FC_{max} .

Cette fréquence cardiaque cible est intéressante mais approximative. La méthode de Karvonen, qui utilise la fréquence cardiaque de réserve, est un outil simple souvent préféré dans les services de réadaptation cardiovasculaire (Figure 3) [36, 47]. La fréquence cardiaque cible peut être définie encore plus précisément par la réalisation d'une épreuve d'effort maximal.

Un cardiofréquencemètre permet d'enregistrer la fréquence cardiaque en continu. Il est composé d'électrodes précordiales maintenues par une sangle thoracique et d'un microprocesseur sous la forme d'une montre-bracelet. Il est souvent utilisé lors de programmes d'entraînement de sportifs ; son intérêt pour l'évaluation de l'activité physique des sujets moins actifs est plus limité. Cette méthode présente des limites, comme de fortes variations interindividuelles, des résultats faussés par les traitements bradycardisants, le stress et la température.

• **L'actimétrie : podomètre, accéléromètre et moniteurs d'activité** [37]

Le podomètre compte le nombre de pas effectués par un sujet par un capteur généralement situé à la ceinture, au poignet ou autour du cou. Une équivalence a été proposée entre le nombre de pas quotidiens et l'intensité de l'activité physique (Tableau 4). Une personne est active si elle fait au minimum 10 000 pas quotidiens [48]. Cette correspondance est largement utilisée bien qu'imprécise puisque l'effort lié au type de marche (à plat ou en montée) n'est pas pris en compte. Le podomètre est facile d'utilisation, son prix est raisonnable. Les utilisateurs peuvent s'autoévaluer et se surpasser, ils se motivent à marcher.

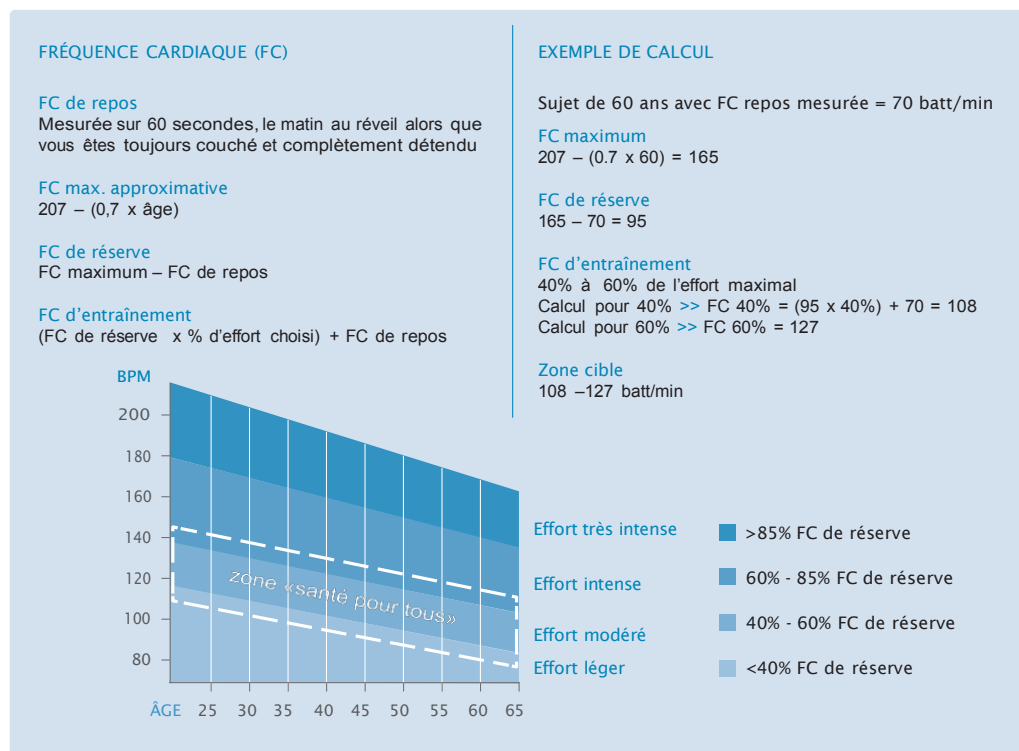


Tableau 3 – Sensations physiques et intensité de l'activité physique
 À TOUTE RYTHME, AU GRÉ DE VOS SENSATIONS, DES MOYENS SIMPLES PERMETTENT D'ESTIMER L'INTENSITÉ DE SON EFFORT

INTENSITÉ DE L'EFFORT	EXEMPLES D'ACTIVITÉS	RESPIRATION	CAPACITÉ DE PAROLE	BATTEMENTS CARDIAQUES
Très légère	Marche lente, position assise	Normale	Chanter	Peu ou pas perceptibles
Légère	Marche, ménage, cuisine, jouer d'un instrument	Accentuée	Conversation, phrases longues	Deviennent perceptibles
Modérée	Marche rapide, jardinage, escaliers, randonnée, vélo de loisir, nage, danse	Légèrement accélérée	Conversation ordinaire	Augmentation modérée de la fréquence perçue
Modérée à élevée	Footing léger, marche en montagne, sports légers, porter des charges, pelleter	Accélérée	Phrases courtes	Augmentation importante de la fréquence perçue
Elevée	Course à pied, marathon, sports intenses	Très rapide	Phrases très courtes	Sensation de palpitation au niveau du cou
Très élevée	Sprint	Hors d'haleine	Mots	Forte sensation de palpitation généralisée

Source : PAPPICA. *Promotion de l'activité physique au cabinet médical : manuel de référence à l'intention des médecins* [36].

MÉTHODE DE KARVONEN MODIFIÉE : ESTIMATION DE L'INTENSITÉ DE L'EFFORT EN SE BASANT SUR LA FRÉQUENCE CARDIAQUE (ADAPTÉ DE GELLISH 2007; KARVONEN 1988)



*FC : fréquence cardiaque ; FC max : fréquence cardiaque théorique maximale.
Source : PAPERICA. Promotion de l'activité physique au cabinet médical : manuel de référence à l'intention des médecins [36].*

Figure 3 – Mesure de la fréquence cardiaque d'entraînement selon la méthode de Karvonen modifiée

Tableau 4 – Nombre de pas et intensité de l'activité physique

Nombre de pas par jour	Degré d'activité
< 5 000	inactif
5 000 – 10 000	faible - modéré
10 000 – 12 500	actif
> 12 500	très actif

Source : Tudor-Locke C, Hatano Y, Pangrazi RP, Kang M. Revisiting « How Many Steps Are Enough? » [48].

Le podomètre est fiable, utilisable en médecine générale et pour la promotion de l'AP. Dans la thèse de Florence Guelec, 11 des 12 études qui l'employaient dans ce but ont montré une majoration de la marche à court terme [49]. Son utilisation s'accompagne d'une hausse quotidienne moyenne de 2200 pas [50]. Les patients qui se donnent un objectif du nombre de pas à atteindre et qui consignent leurs résultats dans un journal sont les plus susceptibles d'accroître leur niveau d'activité physique de façon significative.

Lors du mouvement, le tronc est soumis à des accélérations et décélérations proportionnelles à la force musculaire exercée. Des accéléromètres, d'aspect comparable au podomètre, quantifient précisément la durée, la fréquence et l'intensité de ces mouvements. Cependant leur coût est élevé et ils mesurent difficilement les activités à tronc statique comme le port de charges ou le vélo.

Des moniteurs d'activité, intégrant selon les modèles un podomètre, un accéléromètre, un indicateur d'autres paramètres comme la dépense énergétique ou la qualité du sommeil, se développent ces dernières années. Les données se synchronisent en ligne, sont transférées sur un ordinateur ou un smartphone et peuvent être exploitées par des logiciels ou applications téléphoniques. La mise en activité devient ludique.

- **La calorimétrie indirecte**

Ces méthodes coûteuses s'effectuant en laboratoire d'explorations fonctionnelles sont souvent prises comme référence mais ne permettent qu'une quantification de l'énergie et non de l'activité physique habituelle [37]. Elles ne sont pas employées en pratique en médecine générale. Des appareils simplifiés comportant un embout buccal, un masque ou un boîtier de ventilation, sont progressivement développés. Ils restent chers et d'utilisation limitée.

1.1.1.4 Recommandations sur la pratique de l'activité physique

Les recommandations sur la pratique d'activité physique existent depuis 1975 et sont régulièrement réactualisées. Les recommandations françaises actuelles suivent celles de l'OMS [3] et de l'INSERM de 2008 [12].

- **Pour les adultes de 18 à 65 ans :**

Réaliser, par semaine, au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée (30 minutes 5 jours par semaine), ou 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue (ou

20 minutes 3 jours par semaine), ou une combinaison équivalente des deux activités, par périodes d'au moins 10 minutes. Ajouter des exercices de renforcement musculaire au moins deux jours par semaine. Augmenter la durée de l'activité apporte des bénéfices supplémentaires sur la santé.

– **Pour les enfants de 5 à 17 ans :**

Réaliser au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue, essentiellement d'endurance. Ajouter des activités d'intensité soutenue, notamment celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, au moins trois fois par semaine. Augmenter la durée de l'activité apporte des bénéfices supplémentaires sur la santé.

– **Pour les personnes de 65 ans et plus :**

Les recommandations sont identiques à celles des adultes jeunes. Ajouter des exercices d'amélioration de l'équilibre en prévention des chutes au moins trois jours par semaine. Les personnes devraient être aussi actives que leurs capacités le leur permettent.

Des recommandations de pratique d'activité physique sont émises pour la prise en charge de pathologies, par exemple du surpoids-obésité [51, 52] et de la cardiopathie ischémique [53] par la Haute autorité de santé (HAS), des dyslipidémies [54] par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) devenue Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

1.1.1.5 Pratique de l'activité physique en France et dans le monde

• **En France**

En 2008, l'activité physique des Français de 15 à 75 ans a été évaluée par le questionnaire téléphonique GPAQ dans le Baromètre santé nutrition [55]. 42,5% des personnes atteignaient un niveau élevé d'exercice physique favorable à la santé (51,6% des hommes versus 33,8% des femmes, $p < 0,001$). L'avancée en âge était associée à des diminutions de l'activité physique et de la sédentarité ($p < 0,001$). 43,4% des personnes considéraient qu'elles faisaient suffisamment d'activité physique et parmi elles 61,1% le faisaient réellement.

Un rapport sur l'état de santé de la population en France de 2011 [56] reprenait les données du Baromètre santé nutrition 2008 et de trois autres enquêtes nationales conduites chez les adultes : le Baromètre santé 2005, l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007, l'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA-2) 2006-2007. Il apparaît que 6 à 8 adultes sur 10, hommes ou femmes, pratiquaient une activité physique favorable à la santé, 56% des cadres et plus de 80% des agriculteurs. L'inactivité dans le cadre professionnel était partiellement compensée par la pratique sportive de loisirs. Les variations régionales étaient faibles.

D'après une étude de l'Université de Lille Nord publiée en 2010 [57], moins de 10% des enfants scolarisés en primaire pratiquaient au moins 60 min d'AP par jour, avec une prévalence de surpoids-obésité de 25% dans la population étudiée. Bien que les deux sexes fussent inactifs, les garçons étaient plus actifs que les filles (selon la méthode de mesure employée : 8% des garçons contre 1% des filles ou 14% des garçons contre 3% des filles, $p < 0,0001$).

- **En Europe**

En 2010, l'Eurobaromètre [58] étudiait la pratique d'activité physique en Union européenne. 40% faisaient du sport et 65% une forme d'activité physique au moins une fois par semaine. Les hommes étaient plus actifs que les femmes, surtout chez les 15-24 ans, et le nombre d'activités sportives pratiquées décroissait avec l'augmentation de l'âge ; cependant 22% des répondants du groupe des 70 ans ou plus faisaient toujours une activité physique.

Les citoyens des pays nordiques et des Pays-Bas étaient les plus actifs, à l'opposé de ceux des pays méditerranéens et des douze nouveaux états membres entre 2004 et 2010 (Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République tchèque, Slovaquie, Slovénie, Bulgarie, Roumanie). Deux-tiers n'étaient membres d'aucun club ou centre sportif.

Un Eurobaromètre sur la fréquence des mobilités actives urbaines des Européens était publié en 2013 [59]. Un peu plus des 2/3 utilisaient quotidiennement la marche et 12% le vélo comme mode de transport. Seuls les Belges, Hollandais et Chypriotes comptaient moins de 50% de marcheurs quotidiens. 43% des Hollandais faisaient du vélo tous les jours, contre 1% à Malte, 2% en Chypre, 4% au Luxembourg, au Royaume-Uni et en Espagne. 93% des habitants de Malte n'utilisaient jamais le vélo.

- **Dans le monde**

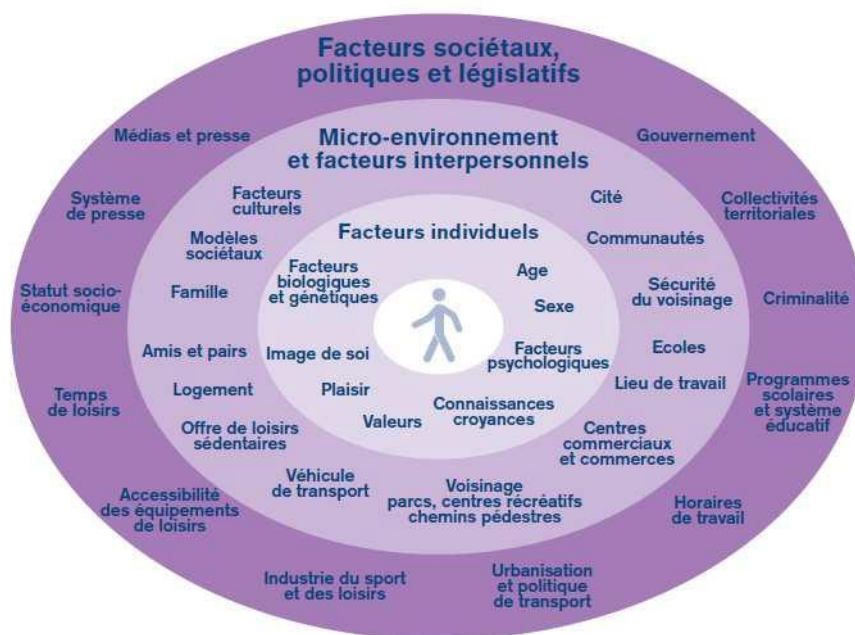
Le niveau d'activité physique a été évalué par questionnaire IPAQ chez des adultes de moins de 65 ans dans 20 pays entre 2002 et 2004 [60]. 21% à 63% de la population de chaque pays avaient un haut niveau d'activité bénéfique pour la santé (21% au Japon, 63% en République tchèque). Huit pays comportaient plus de 50% d'actifs physiques : l'Australie, le Canada, la Chine, la Colombie, la République tchèque, la Lituanie, la Nouvelle-Zélande et les USA. La prévalence d'actifs semblait supérieure chez les hommes par rapport aux femmes sauf en Argentine, en Arabie Saoudite et au Portugal.

1.1.1.6 Limites à la pratique de l'activité physique selon les patients

Le manque de temps était le frein principal ressenti par les patients de 18 à 64 ans dans les études australienne de 1997 [61], américaine de 2001 [62], dans l'Eurobaromètre 2010 [58] et dans les enquêtes françaises de l'association Assureurs prévention réalisées en 2012, 2013 et 2014 en collaboration avec l'Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport (IRMES) [63, 64]. Selon ces dernières enquêtes, le frein principal était le manque de motivation chez les 11-17 ans et les 65-75 ans.

Le second frein, moins consensuel, était le manque de motivation [61], la pratique d'AP au travail jugée suffisante [62] ou le handicap et la maladie [58]. Dans les enquêtes de 2013 et 2014 [63, 64], chez les 18-64 ans, il s'agissait du manque de motivation en milieu personnel et du manque d'infrastructures en milieu professionnel. Chez les 11-17 ans et les 65-75 ans, il s'agissait du manque de temps.

Les autres freins, classés par ordre de fréquence décroissant, étaient selon l'Eurobaromètre 2010 [58] le manque d'attrait pour la compétition, le coût financier, le manque d'infrastructures et l'isolement social. Dans l'étude australienne [61], ils étaient successivement les blessures, le



Source : Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, Hill JO, Birch LL, Frank LD, et al. *Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points* [66].

Figure 4 – Modèle écologique de Booth

manque de performance ou d'entraînement sportif, le besoin de repos, l'absence d'accompagnant, les obligations familiales, la mauvaise santé, le manque de persévérance, l'absence d'énergie, le coût financier, le manque de plaisir ou le sentiment d'exercice ennuyeux, le manque ou l'inadaptation des infrastructures, le vieillissement, la peur de se blesser, le surpoids ou l'obésité, les facteurs psychologiques comme la timidité ou la crainte du regard des autres, l'absence d'équipement.

1.1.2 Promotion et prescription de l'activité physique

1.1.2.1 Différents types de promotion

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Elle dépend de déterminants individuels et éco-environnementaux (micro-environnementaux et socio-politiques) expliqués par Kino-Québec, un programme ministériel de promotion de l'activité physique au Québec [65], et illustrés par le modèle écologique de Booth (Figure 4) [66]. Les actions de promotion de l'activité physique ciblent chacune un ou plusieurs déterminants.

- **Promotion populationnelle**

Les interventions de type populationnel ont pour objectif de générer des changements organisationnels ou communautaires. Elles ont moins d'impact qu'une intervention individualisée sur une personne sédentaire donnée mais ont l'avantage de concerner un grand nombre d'individus.

La promotion se fait par un **aménagement urbain** propice à la pratique d'activité physique. Il s'agit d'agrandir et de sécuriser les pistes cyclables, les trottoirs, les espaces verts et aires de jeu, développer les transports en commun et les installations sportives. D'après la thèse de Sylvain Emo en 2004 [67], qui comparait les modes de déplacement urbain et les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires de Groningue, Münster et Le Havre, la vie dans une ville cyclable présentait un net avantage sur la qualité de vie mentale, physique et sociale.

Les **collectivités locales** ont la possibilité d'organiser des **manifestations sociales** encourageant l'activité physique. En 2006, l'OMS donnait des exemples de villes développant l'AP par des programmes urbains ou sociaux [68], comme la ville tchèque de Brno qui finançait l'éducation nutritionnelle et l'AP des enfants obèses et de leurs parents, ou la ville écossaise de Stirling qui permettait l'accès gratuit aux activités physiques.

L'activité physique est pratiquée à **l'école** en cours d'éducation physique et sportive, à la récréation ou après les heures scolaires. L'étude bas-rhinoise « Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité » (ICAPS) [69] a montré qu'une campagne de promotion de l'activité physique en classe de sixième était efficace : à six mois, la proportion de collégiens ne pratiquant pas d'exercice physique en dehors des cours d'activité physique était réduite de moitié, et la proportion de collégiens consacrant plus de trois heures par jour à des activités sédentaires diminuait de 6% (de 34 à 28%) alors qu'elle augmentait de 7% chez les témoins (de 27 à 36%) ($p < 0.0001$).

Le concept d'**École-Santé** [70, 71] a été développé en Europe par l'OMS au début des années 1990 et au niveau mondial en 1995. Une école-santé envisage la santé comme un bien-être physique, social et affectif. Les responsables de la santé, de l'éducation, les parents, les étudiants et les responsables communautaires s'associent pour veiller à ce que la santé soit présente dans tous les aspects de la vie scolaire et communautaire. Ils luttent notamment contre la sédentarité.

L'activité physique se fait sur le trajet de l'école, notamment avec la création des **pédibus** [68]. Encadrés par des adultes, les enfants marchent en groupe selon un itinéraire fixé en « embarquant » des « voyageurs » à certains « arrêts de pédibus ».

L'activité physique se fait sur le **lieu de travail**. D'après un rapport du Centre Maurice Halbwachs [72], son bénéfice a été prouvé dans une étude suédoise qui répartissait des salariés de centres de soins dentaires en trois groupes : le groupe témoin ne bénéficiant d'aucun changement, le groupe réduction du temps de travail travaillant 2,5 heures de moins par semaine, et le groupe activité physique travaillant 2,5 heures de moins par semaine pour faire du sport à la place. Après un an, le nombre de journées d'arrêt de travail avait nettement diminué dans le groupe activité physique, il était resté stable dans le groupe réduction du temps de travail et avait augmenté dans le groupe sans changement. La quantité de travail fourni avait nettement augmenté dans le groupe activité physique, elle avait sensiblement grandi dans le groupe réduction du temps de travail et n'avait pas changé dans le groupe référent. D'après ce rapport, les directeurs et les comités d'entreprise, les professionnels de la santé et du sport collaborent peu, et il n'existe pas d'interlocuteur privilégié reconnu par tous pour organiser l'AP en entreprise. La promotion d'AP au travail est variable et peu de données sont publiées. A l'hôpital par exemple, des programmes

Hôpitaux-santé encouragent la pratique d'AP par les patients et par le personnel hospitalier [68].

L'activité physique concerne les séniors en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes **EHPAD**. Une expérimentation bretonne de 2007 à 2010 [73] avait pour objectif la généralisation de la pratique d'AP dans les EHPAD, la limitation des effets de la sénescence, le maintien de l'autonomie des personnes âgées hébergées en établissements, la mise en place d'un certificat de spécialisation et la création d'emplois pérennes d'éducateurs sportifs intervenant au sein des EHPAD. Suite aux résultats positifs obtenus, le dispositif a été reconduit et étendu géographiquement, et le nombre d'heures d'intervention des éducateurs sportifs dans les établissements a été augmenté.

La promotion de l'AP se fait par des **campagnes médiatiques**, provenant d'institutions de santé en partenariat avec les pouvoirs publics, comme le programme « Manger bouger » du Programme national nutrition santé (PNNS). Par ailleurs, la législation française impose depuis 2007 aux marques de produits alimentaires d'introduire des messages sanitaires dans leurs outils de communication, comme « Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière », « Bouger, jouer est indispensable au développement de votre enfant », « Pour être en forme, dépense-toi bien », « Pour votre santé, bougez plus ». L'adresse www.mangerbouger.fr doit apparaître sur les documents pour grand public [74]. Des journées, comme « Pour votre santé, bougez ! » en mai, célèbrent chaque année l'AP dans le monde entier.

Internet est devenu un outil majeur de promotion d'AP. Des sites lui sont dédiés, comme mangerbouger.fr évoqué ci-dessus. Les patients y trouvent des informations et des outils, communiquent via des forums entre eux ou avec des professionnels de santé.

- **Promotion individuelle par le médecin**

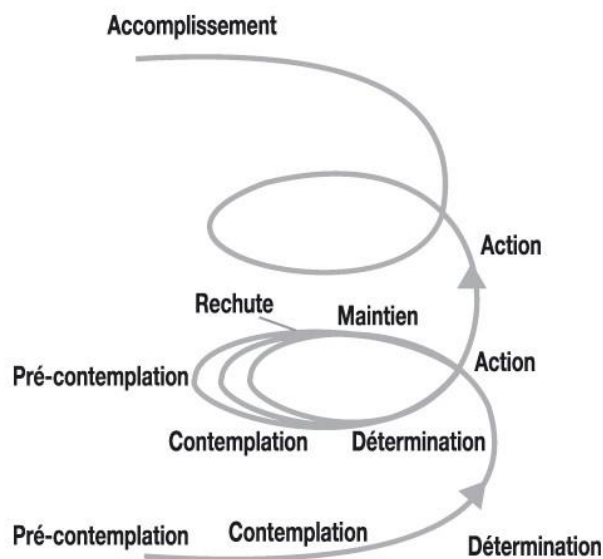
Selon la loi Hôpital patient santé territoire (HPST), les médecins ont pour mission de contribuer aux actions de prévention et de dépistage. Comme tous les professionnels de santé, ils ont une place prépondérante dans la promotion de l'AP individualisée [12]. Leurs modes d'intervention sont multiples.

Entretien motivationnel et modèle transthéorique du changement

Les interventions médicales ont pour objectif de modifier le comportement et les habitudes de vie. Elles utilisent des techniques d'entretien motivationnel, approche cognitivo-comportementale développée par William Miller et Stephen Rollnick. Leurs principes sont la manifestation d'empathie, le renforcement du sentiment de liberté de choix et de valorisation de l'efficacité personnelle, le refus d'affrontement et de résistance, l'utilisation de questions ouvertes.

James O. Prochaska et Carlo C. DiClemente ont décrit le parcours motivationnel de patients souffrant d'addictions et ont développé le modèle transthéorique de changement [75]. Le changement comportemental passe par des stades psychologiquement caractérisés (Figure 5) :

- la préintention (pré-contemplation, indifférence, indétermination) : l'individu inactif n'est pas sensibilisé aux problèmes de santé causés par son comportement et n'a aucune intention de le changer ;



Source : Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors [75].

Figure 5 – Cycle de Prochaska et DiClemente

- l'intention (contemplation, réflexion) : l'individu inactif est sensibilisé aux effets négatifs secondaires à son comportement et mûrit l'idée d'effectuer un changement ;
- la préparation (détermination, programmation) : l'individu entreprend des démarches de changement mais n'atteint pas encore le niveau d'AP recommandé ;
- l'action : l'individu est actif selon les recommandations depuis moins de six mois ;
- la consolidation (maintien) : l'individu pratique une activité régulière modérée depuis plus de six mois.

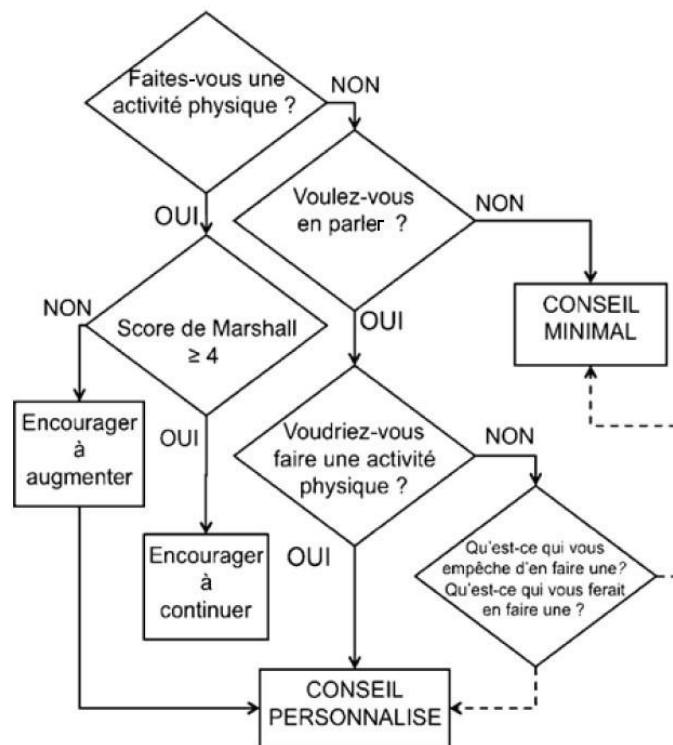
L'usage de l'entretien motivationnel dans la promotion de l'AP est fortement recommandé par diverses institutions en France (conférence de consensus de 2005 [76]) et dans le monde.

Le conseil minimal

Sur le modèle du conseil minimal du sevrage tabagique, le conseil minimal de pratique d'AP, donné durant deux à quatre minutes, est une technique d'approche simple mais efficace à court terme chez les patients sédentaires [77]. Le patient passe du stade précontemplatif au stade contemplatif du modèle transthéorique de changement.

Selon Bize [78], l'enquête téléphonique suisse HEPA (Health Enhancing Physical Activity) réalisée en 2004 confirme que 80% des patients sont sensibles et réceptifs à l'évocation du thème de l'activité physique en consultation, qu'ils souhaiteraient que ce thème y soit abordé et qu'ils lui donneraient de l'importance. Pourtant seulement 28% bénéficient d'une telle consultation et 19% reçoivent des conseils sur l'AP.

Du conseil minimal au conseil personnalisé



Source : Laure P. Repérage précoce et intervention brève auprès des personnes insuffisamment actives [79].

Figure 6 – Algorithme « Repérage précoce en intervention brève »

Le médecin peut donner un conseil personnalisé aux patients inactifs. Pour repérer ces patients et faire le choix entre un conseil minimal et un conseil personnalisé, il peut s'aider du Repérage précoce de l'intervention brève (RPIB) [79] (Figure 6). Cet algorithme, élaboré suite à une revue de littérature en juin 2008, est utilisable par tout praticien de soins primaires. Le niveau d'activité physique est déterminé à partir du questionnaire de Marshall [80] (Figure 7).

Le médecin renforce le sentiment d'auto-efficacité du patient pour favoriser son adhésion. Le patient ne pratiquant pas d'AP et ne voulant pas en parler reçoit un conseil minimal pour le responsabiliser, lui rappeler que la décision de pratique d'AP lui appartient et que le médecin reste disponible pour en parler. Dans ce cas le médecin ne formule pas d'arguments qui pourraient être source d'opposition.

Ce modèle s'approche de l'algorithme décisionnel utilisé dans l'expérimentation chambérienne.

1.1.2.2 Intervention de prescription en pratique

Les prescriptions non-médicamenteuses sont recommandées par la HAS dès 2011 [81]. Le Pr Toussaint proposait en 2008 dans le Plan national de prévention par l'APS (PNAPS) [82] que le médecin prescrive de l'activité physique. En 2012, l'Académie de médecine favorisait la prescription d'une activité physique régulière [10, 83]. Charlotte Gerin décrit dans sa thèse une démarche

A : Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou haleter (par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide) ?	
- plus de 3 fois par semaine :	score = 4
- 1 à 2 fois par semaine :	score = 2
- Jamais :	score = 0
B : Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmentent votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement (par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer du tennis en double) ?	
- Plus de 5 fois par semaine :	score = 4
- 3 à 4 fois par semaine :	score = 2
- 1 à 2 fois par semaine :	score = 1
- Jamais :	score = 0
Total score A + score B :	
Score ≥ 4 = « Suffisamment » actif : encourager le patient à continuer.	
Score 0 - 3 = « Insuffisamment » actif : encourager le patient à en faire plus.	

Source : Marshall AL, Smith BJ, Bauman AE, Kaur S. Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors [80].

Figure 7 – Questionnaire de Marshall

pratique de prescription [84].

Le médecin évalue le niveau d'activité physique du patient à l'aide des outils spécifiques.

Il cherche les contre-indications à la pratique d'une activité physique. Les examens sont adaptés à l'activité physique prescrite et aux comorbidités du patient.

L'interrogatoire peut être guidé par le questionnaire de non contre-indication à l'activité physique validé par la Société française de médecine du sport, téléchargeable sur internet [85].

L'examen clinique général contient en particulier la mesure du poids et de la tension artérielle, l'examen des appareils cardiovasculaire, neurologique, orthopédique et articulaire.

Les tests cliniques d'effort sous-maximaux, tels le test de Ruffier-Dickson [86] ou le Step-Test, sont de peu d'intérêt et nécessitent théoriquement des conditions de réalisation sécurisées.

Un électrocardiogramme (ECG) de repos est recommandé pour les sportifs de compétition, tous les 3 ans entre 12 et 20 ans puis tous les 5 ans entre 20 et 35 ans par la Société française de cardiologie [87], tous les 2 ans entre 12 et 35 ans par la Société française de cardiologie du sport et l'European Society of Cardiology (ESC) [88, 89]. Il n'est pas recommandé de manière systématique par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) [90].

Un examen biologique peut explorer des anomalies lipidiques.

Un test de marche de six minutes peut être réalisé par le médecin ou sur prescription médicale par un infirmier, un kinésithérapeute ou un professionnel en activités physiques adaptées (APA), à proximité d'une structure de soins d'urgence. Le patient marche d'un pas égal rapide pendant 6 minutes, en s'arrêtant et redémarrant si nécessaire. La distance totale parcourue indique les capacités d'endurance, l'intensité de l'effort étant proche des capacités physiques maximales.

Tableau 5 – Synthèse de recommandations américaines et suisse de gestion des risques cardiovasculaires liés à l'activité physique

Activités physiques d'intensité modérée	Activités physiques d'intensité élevée	Sports de compétition
<p>ACC / AHA / SSMS : Aucun examen médical nécessaire en l'absence de symptôme et d'antécédent cardiovasculaires</p> <p>ACSM: Test d'effort et appréciation globale du risque cardiovasculaire en présence de diabète</p>	<p>Test d'effort et appréciation globale du risque cardiovasculaire chez les hommes dès 45 ans et chez les femmes dès 55 ans, ou dans tous les cas en présence de diabète, ou de > 2 FRCV, ou en présence d'une MCV</p>	<p>Un examen médical par an</p> <p>Anamnèse personnelle et familiale, examen clinique ciblé, ECG au repos tous les 1-2 ans, ± test d'effort</p>

ACC American College of Cardiology / AHA American Heart Association / SSMS Société suisse de médecine du sport
 ACSM American College of Sport Medicine / FRCV Facteurs de risque cardiovasculaire / MCV Maladie cardiovasculaire
 ECG Electrocardiogramme

Source : PAPPICA. *Promotion de l'activité physique au cabinet médical : manuel de référence à l'intention des médecins* [36].

L'épreuve d'effort dépiste l'ischémie myocardique et l'hypertension artérielle d'effort, et détermine le seuil de transition aérobie-anaérobie définissant les fréquences cardiaques cibles de l'entraînement. La Société française de cardiologie [91] la préconise chez les sujets asymptomatiques de plus de 40 ans qui ont des facteurs de risque d'insuffisance coronaire ou qui exercent une profession engageant la sécurité collective et nécessitant un avis cardiologique, et chez les sujets souhaitant reprendre une activité sportive intense. Elle n'est pas indiquée chez les patients asymptomatiques chez lesquels la probabilité pré-test est très faible, de l'ordre de 10 %. D'après la Société française de médecine du sport [92, 93, 94], l'épreuve d'effort est recommandée chez les patients ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire, les hommes de plus de 40 ans et les femmes de plus de 50 ans, et est à répéter tous les cinq ans en l'absence de signes intercurrents et d'apparition de facteurs de risque cardiovasculaire.

Une synthèse de recommandations étrangères d'évaluation du risque cardiovasculaire est illustrée dans le tableau 5 [36].

Le médecin identifie la motivation du patient par le cycle de Prochaska et DiClemente.

Selon les résultats obtenus, **il prescrit de l'activité physique**. La prescription prend des formes complémentaires : ordonnance écrite, explications orales, distribution de brochures d'information, remise des coordonnées de professionnels spécialisés. Le geste médical de prescription favorisant la compliance du patient, il est recommandé de rédiger une ordonnance précisant les déterminants de l'AP (le type, la durée, la fréquence, l'intensité), les conditions et les mesures associées. Le médecin invite le patient à réfléchir à une modification de son mode de vie au quotidien. L'AP est adaptée à la situation clinique et environnementale du patient. Le médecin peut conseiller une pratique en solitaire ou en groupe, l'adresser à des professionnels en activités physiques adaptées ou à des réseaux de santé.

Le médecin réalise le suivi de son patient. Il quantifie son niveau d'activité physique et son changement motivationnel à l'aide des outils, il écoute son ressenti, il examine ses évolutions cliniques et paracliniques. Il réadapte continuellement la prescription d'AP pour favoriser la poursuite bénéfique de sa pratique.

1.1.2.3 Plans de promotion et de prescription de l'activité physique

- **Plans français de promotion d'activité physique**

Cinq plans stratégiques pluriannuels de santé publique étaient définis par la loi du 9 août 2004 relative à la politique française de santé publique. D'autres plans et programmes nationaux de santé se sont également développés.

Le Programme national nutrition santé (PNNS) a été créé en 2001 pour améliorer l'état de santé de la population par la nutrition (alimentation et activité physique). Il a duré cinq ans et a été prolongé en 2006 (PNNS2) et 2011 (PNNS3) [95]. En 2004, pour relayer les messages du PNNS, la campagne nationale de promotion de l'AP « Manger bouger » [96] a été lancée par le ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, l'Assurance Maladie et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Des messages publicitaires, des brochures et des guides ont été distribués au public et aux professionnels de santé. L'AP au quotidien pour tous et l'AP adaptée des personnes vulnérables (populations défavorisées, en situation de handicap, personnes atteintes de maladies chroniques, personnes âgées) étaient préconisées.

Le Plan national de prévention par l'APS (PNAPS) coordonné par le Pr Toussaint en 2008 [82] proposait des actions de promotion des APS chez l'enfant, l'adolescent, à l'université, en entreprise, chez les seniors et en prévention tertiaire. Il conseillait des stratégies de formation et de communication. Il recommandait le développement d'AP adaptées aux personnes atteintes de maladies chroniques, de maladies rares ou de handicap, et la création de projets « Sport-santé ». Il expliquait les modalités d'une prescription médicale d'AP et d'APA.

Le Plan national santé environnement 2009-2013 (PNSE2) [97] et le Plan particules 2010 [98] favorisaient la mobilité active douce dans les villes, les entreprises, les administrations, les écoles et les universités. Des stratégies de développement de la marche et du vélo étaient proposées dans le Plan d'actions pour les mobilités actives (PAMA) en mars 2014 [99].

Le Plan obésité 2010-2013 [100], le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 [101], le Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 [102] et le Plan cancer 2014-2019 [103] encouragent la prévention et l'amélioration de ces pathologies par l'APA. Dans le cadre du Plan cancer 2009-2013 [104], l'Institut national du cancer (INCa) et l'INPES ont mis en ligne en décembre 2012 le site internet labellisé PNNS « Activité physique, des communes s'engagent, pourquoi pas la vôtre ? » (<http://www.des-communes-sengagent.fr>). Celui-ci informe les fonctionnaires territoriaux des bienfaits de l'activité physique sur la santé et les cancers et propose des exemples d'actions locales existantes de promotion d'AP.

Le Plan national d'actions accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 [105] et le Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 [106]

favorisaient la formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique de ces patients, avec dans le premier plan l'élaboration d'un référentiel APA et la prescription de conseils en AP.

Le Plan santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010 [107] incitait la pratique d'AP en péri-scolaire et à l'université. Le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 [108] souligne le rôle des associations sportives dans l'éducation et la réinsertion sociale de ces populations. Le Plan national Bien vieillir 2007-2009 [109] favorisant la pratique d'AP des seniors de 55 à 75 ans a été réévalué en décembre 2013 dans le rapport « Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés » coordonné par le Pr Rivière [110]. Des propositions de prescription d'AP y ont été ajoutées.

Les programmes arrivant à échéance étaient reconduits, intégrés au PNNS ou à d'autres plans, ou induisaient de nouvelles réflexions. La prescription d'AP était parfois encouragée mais n'était pas réalisée en pratique à l'échelle nationale.

- **Des plans étrangers efficaces**

Le projet américain PACE (Physician-based Assessment and Counseling for Exercise) [111] agit pour la promotion de l'AP par les médecins généralistes depuis 1990 et la recherche en nutrition, en sciences de l'exercice et en médecine comportementale. Il est adopté par plusieurs pays comme le Canada, le Japon, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal et la République tchèque. Lors d'une consultation, le médecin identifie le stade du patient dans le processus de changement, lui explique les bienfaits de l'AP et identifie ses freins à la pratique. Il oriente le patient en stade de préparation vers une activité selon un protocole de pratique de quinze jours, il l'encourage pour renforcer sa détermination au changement. Selon une étude publiée en 1996 [112], le conseil de trois à cinq minutes délivré par un médecin, suivi deux semaines plus tard d'un rappel téléphonique par un éducateur en santé, comme préconisé dans le projet PACE, est efficace : au bout de quatre à six semaines, 52% des patients testés étaient actifs contre seulement 12% des patients du groupe contrôle ne recevant pas ce conseil ($p < 0.0001$).

Le programme américain PAL (Physically Active for Life), diffusé en Australie et au Canada, encourage les médecins à identifier le stade de changement de leurs patients. Il s'appuie sur la règle des cinq A [113] : ask (questionner le patient sur sa pratique d'AP), assess (évaluer le degré d'activité du patient), advice (conseiller le patient sur une AP et lui remettre un manuel), assist (renforcer le patient dans son changement par des courriers électroniques d'information et des rendez-vous de suivi) et arrange (organiser le suivi du patient auprès du médecin généraliste). Une étude publiée en 1999 [114] a évalué l'efficacité de cette méthode chez les patients âgés de 50 à 69 ans. Les médecins étaient randomisés dans un groupe intervention avec formation préalable à la délivrance du conseil exposé ci-dessus ou dans un groupe contrôle sans formation. A 6 semaines les sujets du groupe intervention avaient progressé dans leur stade de motivation, mais cette efficacité s'était estompée à huit mois. L'intervention et le suivi du médecin sont donc indispensables.

Le Collège des médecins de famille canadiens (CMFC) et Santé Canada incitent depuis 1998 les médecins généralistes à donner quotidiennement des conseils en AP à leurs patients [115]. Les médecins bénéficient d'une formation sur l'AP et la santé et de guides de pratique médicale. Ils

téléchargent des documents sur internet, prescrivent des ordonnances d'activité physique « Vert l'action » et distribuent des brochures sur les bienfaits et la pratique de l'AP à leurs patients.

Le projet finlandais de 2001 PAPP (Physical Activity Prescription Program) avait des résultats plus mitigés [116]. Il s'agissait d'augmenter la promotion de l'AP par les médecins en développant le « counselling » (l'entretien motivationnel) auprès des médecins, en favorisant leur accès aux outils du « counselling », en diffusant l'information auprès des médecins et autres professionnels de santé et du sport et en augmentant les ressources financières. L'auteur expliquait les mauvais résultats par la courte durée de l'étude et l'insuffisance des efforts pour renforcer la confiance des médecins dans ce projet. La stratégie de promotion de l'AP utilisée n'a pas été discréditée.

En Suède, le programme FaR (Fysisk aktivitet på Recept), créé en 2001, inclut une prescription personnalisée d'AP sur ordonnance, à la façon d'un médicament [117]. Celle-ci peut consister en une simple recommandation écrite ou préciser un programme détaillé d'AP. Quatre types de niveaux existent en fonction de l'état de santé du patient, de sa motivation, de son environnement. Ce programme s'organise sur une coopération entre les acteurs de santé, les associations et les acteurs privés d'APS. La prescription n'est pas réservée aux médecins mais peut être initiée par tous les professionnels de santé autorisés.

En Suisse, PAPRICA a élaboré en 2003 une démarche systématisée de prise en charge en soins primaires des patients sédentaires [36]. Le médecin évalue la pratique d'AP du patient par la méthode de son choix et sa motivation au changement selon le modèle de Prochaska et DiClemente, puis il prescrit de l'activité physique selon un modèle d'ordonnance. Il peut adresser le patient à des structures d'activité physique et des réseaux de soin. Il assure son suivi. Des documents d'information sont téléchargeables sur site internet de PAPRICA.

Une étude néo-zélandaise de 2003, the Green Prescription [118], incluait, entre 2000 et 2001, des patients sédentaires âgés de 40 à 79 ans, sans maladie grave. Ils étaient répartis en deux groupes. Le groupe intervention recevait des recommandations de pratique d'AP, orales par intervention brève du médecin et écrites par remise de la Prescription verte. Des appels téléphoniques et des courriers complémentaires leur étaient adressés par des consultants spécialisés. Le groupe contrôle ne recevait aucune recommandation. La délivrance d'une prescription d'AP entraînait une augmentation de la pratique d'AP à 12 mois, avec 14.6% des patients du groupe testé atteignant un niveau modéré contre 4.9% dans le groupe contrôle ($p=0.003$), et une amélioration de la qualité de vie ($p<0.05$). Le succès de la Prescription verte était multifactoriel. Les médecins généralistes étaient informés du programme sportif et entraînés pendant 4 heures aux techniques communicationnelles de motivation. Un assistant (secrétaire) dépistait les patients inactifs et évaluait leur capacité de changement. Pendant la consultation, le médecin réfléchissait avec le patient sur un objectif réalisable de pratique d'AP et établissait un programme individuel, la Prescription verte. Celle-ci était transmise au responsable sportif. Chaque patient bénéficiait d'un soutien motivationnel téléphonique et de conseils en AP au moins trois fois pendant les trois premiers mois de l'étude. Il recevait régulièrement le bulletin d'information de l'association sportive, des réponses écrites à ses questions et un retour du médecin.

Une étude du programme espagnol PEPAF (Programa Experimental de Promoción de la Acti-

vidad Física) mené de 2003 à 2004 [119] analysait l'efficacité de la promotion et de la prescription d'activité physique par les médecins généralistes sans l'intervention d'autres professionnels. Les médecins étaient formés à l'évaluation et au conseil de pratique de l'activité physique. Tous les patients recevaient un conseil bref et des documents d'information sur l'activité physique. Le groupe testé acceptait une consultation supplémentaire de 15 minutes pour recevoir des conseils et une prescription d'activité physique, le groupe contrôle refusait ou n'avait pas reçu la proposition de cette consultation. A 6 mois, l'activité physique hebdomadaire augmentait de 18 minutes et 3.9% patients supplémentaires atteignaient les objectifs de recommandations d'APR dans le groupe testé par rapport au groupe contrôle ($p=0.01$).

Dans son mémoire de DES, Julien Le Breton recensait en 2013 des études internationales sur l'efficacité de l'inclusion des patients dans des programmes d'activité physique [120]. Selon la méta-analyse d'Orrow en 2012 [121], les patients augmentaient globalement leur niveau d'AP au bout d'un an de suivi au moins dans tout type d'intervention de promotion en médecine de premier recours. D'après certains auteurs il n'existait aucune preuve de supériorité de l'orientation des patients vers des programmes d'AP par rapport au simple conseil ou à l'entretien motivationnel [121]. Cependant Sørensen montrait en 2006 que l'« Exercise on Prescription », définie comme des interventions personnalisées de prévention secondaire, prescrites en médecine de premier recours et impliquant davantage qu'un simple conseil, avaient un effet modérément positif chez environ 10% des patients [122]. En 2006 également, Tulloch prouvait que les approches de promotion d'AP faisant intervenir des partenaires conduisaient à de meilleurs résultats à long terme [123].

1.1.2.4 Limites de la prescription de l'activité physique par les médecins

Dans la revue de la littérature de Julien Le Breton en 2013 [120], les quatre freins principaux à la prescription de l'AP selon les médecins sont le manque de temps, de perception de l'efficacité de leurs interventions, l'absence de compétences dans l'entretien motivationnel appliqué à l'AP et de connaissances sur la posologie de la prescription d'AP.

D'autres limites sont le manque de conviction, la surmédicalisation d'une activité de loisir [124], l'absence de remboursement des soins, de formation, le motif de la consultation différent [125, 126].

Chez les Suisses du canton de Tessin, les médecins et les patients acceptent difficilement une prescription non-médicamenteuse [127] alors qu'en France les médecins ont davantage de difficultés à faire accepter aux patients un changement de leur mode de vie [81].

Des médecins présupposent des freins à la pratique d'AP par les patients, parfois à tort, et limitent pour cette raison la prescription d'activité physique [128].

1.1.3 Un concept récent : le réseau « Sport santé bien-être »

1.1.3.1 Naissance et objectifs

Le réseau « Sport santé bien-être » est un nouveau moyen de promotion et de prescription d'activité physique. Le 10 octobre 2012, un communiqué gouvernemental affirmait que le sport

est un « outil majeur de la politique de santé publique » et que les ARS [Agences régionales de santé] pourraient « intégrer la pratique des APS dans leurs priorités ». La circulaire ministérielle du 24 décembre 2012 lançait la politique « Sport santé bien-être ».

Les objectifs [129] étaient « d'accroître le recours aux activités physiques et sportives comme thérapeutique non médicamenteuse » et de « développer la recommandation des APS par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du capital santé ».

Les publics visés étaient :

- les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles,
- les personnes avançant en âge quels que soient leur lieu de vie (domicile ou institution) et le degré de perte de leurs capacités,
- les personnes en situation de handicap quel que soit leur lieu de vie (domicile ou institution),
- les publics issus des territoires de la « politique de la ville ».

Les « dispositifs de collaboration des acteurs régionaux » devaient être développés. L'ARS et la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) devaient mettre en place un plan et un comité de pilotage « Sport santé bien-être » régional.

1.1.3.2 « Sport santé bien-être » et dispositifs existants

« Sport santé bien-être » [129] s'inscrivait dans la dynamique de la Stratégie nationale de santé. Lancée en février 2013, celle-ci définissait un cadre de l'action publique des prochaines années, pour combattre les inégalités de santé et d'accès aux soins et adapter le système de santé aux besoins. Elle donnait la priorité à la prévention.

« Sport santé bien-être » s'intégrait aux plans nationaux de santé publique cités précédemment. Il s'articulait également avec des organisations territoriales comme « Sport santé » qui rendait accessible à tout inactif la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive [130]. Il s'appuyait sur des dispositifs existants locaux comme les Contrats locaux de santé, les Ateliers santé ville ou les Contrats urbains de cohésion sociale.

1.1.3.3 « Sport santé bien-être » et prescription de l'activité physique en France : trois exemples

Des expérimentations de prescription d'activité physique ont été mises en place en France, comme en Midi-Pyrénées, en Champagne-Ardenne et à Strasbourg.

• efFORMip en Midi-Pyrénées

Le réseau de santé efFORMip en Midi-Pyrénées, « Effort et forme en Midi-Pyrénées », est considéré comme le précurseur national de la prescription d'activité physique pour les porteurs de pathologies chroniques. Créé en 2005, il était reconnu par l'ARS et la DRJSCS comme l'opérateur « Sport santé » en Midi-Pyrénées. Son plan stratégique 2012-2015 était en accord avec le Plan régional de santé et le réseau « Sport santé bien-être » [131].

efFORMip [132] formait les professionnels de santé et les éducateurs sportifs à la prise en charge des porteurs de pathologies chroniques par les APS. Le médecin prescrivait les APS et assurait

des consultations de suivi, l'éducateur encadrait les APS au sein d'associations sportives et de collectivités territoriales reconnues. Le patient bénéficiait d'un suivi pendant une saison sportive (9 mois), à raison d'une consultation médicale trimestrielle, d'un suivi mensuel par la coordination et d'une activité physique encadrée hebdomadaire. Le suivi se faisait par des questionnaires : SF-36 pour évaluer la qualité de vie, « Proshaska et DiClemente » pour la motivation, « Ricci et Gagnon » pour la quantité d'activité physique. La coordination évaluait trimestriellement la condition physique en utilisant la batterie de tests du Comité national olympique et sportif français, les Tests évaluation forme. Le patient était progressivement autonomisé.

efFORMip assurait une participation financière à son inscription dans la structure sportive (120 euros maximum).

Des actions et adaptations spécifiques étaient mises en œuvre pour les personnes en situation de handicap ou avançant en âge. efFORMip participait à la prévention primaire par l'intervention lors de manifestations grand public, la promotion de l'activité physique pour la santé de tous. L'évaluation était positive : 72% des patients inclus continuaient une activité physique régulière après un an d'accompagnement.

• **Le « Parcours sport santé » de Champagne-Ardenne**

La mission « Sport santé » de Champagne-Ardenne était définie dans son rapport du 29 janvier 2012 [130] et sur le site de la DRJSCS [133]. Le « Parcours sport santé » était l'outil rendant accessible cette pratique. Il était structuré selon le schéma des parcours de soins, d'1 à 4 étapes, selon une gradation des prises en charge. Il était intégré aux parcours sanitaires, éducatifs et sociaux et était coordonné par le médecin traitant, les référents éducatif et social.

Le « Parcours sport santé » était labellisé « Éducation pour la santé » ou « Éducation thérapeutique du patient » s'il s'agissait de patients. Il étudiait les besoins, la motivation et la réceptivité à la proposition d'éducation pour la santé par le patient. Il analysait sa gestion des compétences dans le temps, son choix et son évaluation des méthodes pédagogiques.

Des chèques ou coupons « Sport santé » étaient distribués pour l'aide individuelle à la pratique. Les financements étaient assurés par la DRJSCS, le Ministère des sports, le Conseil général de la Marne, le Conseil régional, l'ARS et Sanofi-Aventis.

Les quatre étapes du « Parcours sport santé » étaient :

– Étape 1 : Repérage, information, conseils et orientation (RICO) :

Ils se faisaient par tout professionnel de santé, de l'éducation ou du social, par les personnes de confiance, les aidants et par l'utilisateur lui-même. Un bilan « Sport santé », bilan éducatif avec évaluation de la condition physique, était réalisé par le médecin traitant, le conseiller en APA ou l'éducateur médico-sportif du réseau à la demande du médecin traitant. Le patient était orienté vers les étapes 2 puis 3 puis 4, ou 3 puis 4, ou vers l'étape 4 directement.

– Étape 2 : Accompagnement éducatif et motivationnel à l'APA :

Une éducation thérapeutique ou non thérapeutique était réalisée pendant trois mois. Elle était initiée et coordonnée par le médecin traitant. Elle était adaptée au stade de motivation, aux besoins du patient, aux offres du territoire, à la connaissance de la maladie. L'objectif

était l'établissement d'un plan « Sport santé » permettant d'atteindre les recommandations d'AP.

– Étape 3 : Accueil en relais éducatif « Sport santé » :

Les sédentaires vulnérables étaient remis en condition physique pendant trois mois puis consolidaient leur pratique pendant un an. L'offre était identifiée par le réseau « Sport santé ».

– Étape 4 : Initiation ou consolidation de la pratique en relais animation « Sport santé » :

Son objectif était la pratique autonome.

- **« Sport santé sur ordonnance » à Strasbourg**

La ville de Strasbourg a lancé une grande expérimentation de prescription médicale d'activité physique, « Sport santé sur ordonnance » (SSSO), dans le cadre du Contrat local de santé réunissant la Ville de Strasbourg, l'ARS d'Alsace, le Régime local d'assurance maladie, la préfecture et l'Éducation nationale, en partenariat avec un réseau de médecins généralistes. Cette étude alsacienne était pionnière. Ses résultats en cours n'étaient pas connus lors de la mise en place de l'expérimentation chambérienne. Grâce à l'amabilité des Strasbourgeois, nous avons obtenu différents travaux au printemps 2014 : l'analyse qualitative des effets sur la santé de la prescription médicale d'activité physique (plus spécifiquement du rapport à la pratique des patients) de William Gasparini et Sandrine Knobé [134], et la thèse de médecine générale de Florent Herzog sur l'évolution du niveau d'activité physique et de la qualité de vie après 6 mois de 65 patients inclus dans l'expérimentation strasbourgeoise [135].

Dès novembre 2012, des médecins généralistes de l'agglomération strasbourgeoise prescrivaient de l'activité physique à leurs patients obèses (indice de masse corporelle IMC entre 30 et 35), diabétiques non insulino-dépendants ou atteints de pathologie cardiovasculaire stabilisée (hypertension artérielle, coronaropathie, cardiopathie), puis à partir d'octobre 2013 aux patients présentant des antécédents de cancer du côlon ou du sein stabilisés, chez qui ils considéraient qu'une telle activité était bénéfique et non contre-indiquée.

Le patient prenait rendez-vous avec un éducateur sportif pour faire le point sur ses habitudes de vie, son niveau de pratique sportive, ses attentes, ses limitations, et réaliser des tests : le questionnaire d'activité physique de Ricci et Gagnon, un testing musculaire des membres inférieurs par la réalisation d'un maximum de flexions et extensions en 30 secondes, un test d'équilibre en appui monopodal durant 60 secondes, la mesure de la distance de marche parcourue en six minutes. Quelques patients recevaient un podomètre et devaient reporter le nombre de pas effectués durant sept jours consécutifs dans leur carnet de suivi. Un compteur cycliste était proposé aux patients utilisateurs de vélo. À l'issue de l'entretien, différentes activités étaient proposées, et le patient y avait un accès illimité pendant un an. Le suivi n'était initialement pas structuré. L'arrivée d'un éducateur sportif supplémentaire en octobre 2013 permettait de l'organiser systématiquement au bout d'un mois.

Fin 2013, environ 800 ordonnances avaient été effectuées, réparties entre 150 médecins, donnant lieu à 500 contacts avec l'éducateur sportif. Une des particularités du dispositif était la gratuité

des activités pour les patients, puisqu'il était pris en charge financièrement et matériellement par la Ville de Strasbourg, la DRJSCS, l'ARS, le régime local d'Alsace Moselle et les hôpitaux universitaires de Strasbourg. Des résultats intéressants de cette étude alsacienne sont repris dans la discussion.

1.1.3.4 « Sport santé bien-être » en Rhône-Alpes

Avant le plan « Sport santé bien-être », la promotion de l'activité physique comme facteur de santé pour les publics ciblés était déjà une priorité du Projet régional de santé Rhône-Alpes 2012-2017, à l'exception des personnes handicapées. Une convention cadre DRJSCS/ARS/DDI (Direction départementale interministérielle, ici la DDCS/PP, Direction départementale de la cohésion sociale et/ou de la protection des populations) avec des avenants territoriaux sur le sport et la santé était créée, des groupes de travail étaient installés [129]. Des actions « Sport santé » existaient dans des villes comme Saint-Étienne (Contrat local de santé 2013-2017 [136]).

Le plan « Sport santé bien-être » rhônalpin 2013-2017 était organisé selon quatre des cinq axes de la charte d'Ottawa [129] :

- Élaboration de politiques pour la santé,
- Création d'environnements favorables,
- Renforcement de l'action communautaire,
- Réorientation des services de santé.

Pour chaque axe, des objectifs étaient définis, au total au nombre de huit :

- Impulser au sein de chaque institution de la Commission de coordination des politiques publiques (CCPP) le travail en transversalité des politiques en termes d'alimentation et d'activité physique ;
- 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 quand l'action concerne l'alimentation, et inversement ;
- 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 définis par le comité de pilotage « Sport santé bien-être » ;
- 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.

Les actions existantes étant insuffisantes pour remplir ces objectifs, de nouvelles expérimentations allaient prendre naissance.

1.2 L'expérimentation chambérienne

1.2.1 Historique

Les étapes principales de l'expérimentation se trouvent sur le schéma chronologique (Figure 8)

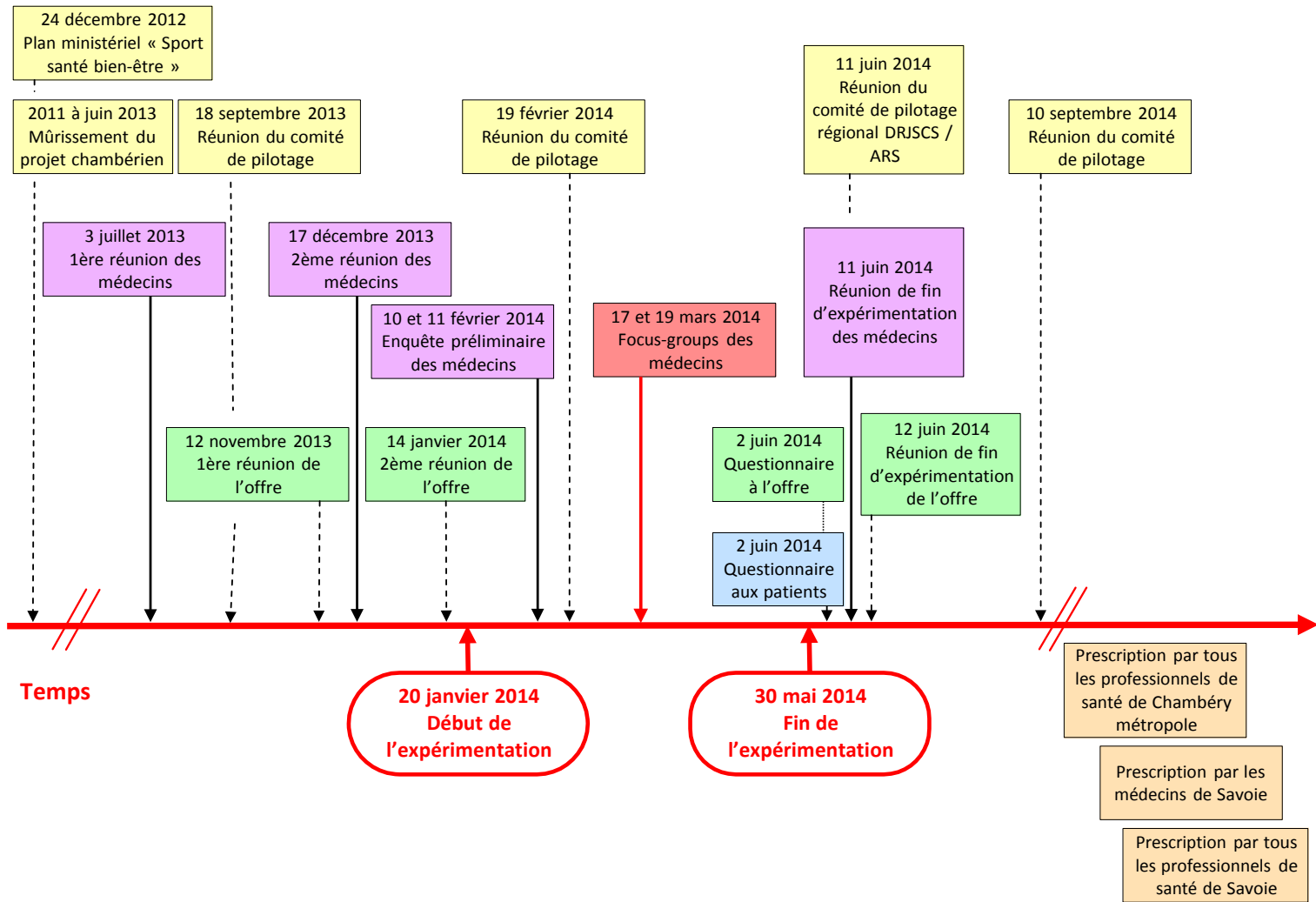
- **Le projet « Bouger sur prescription » était le fruit d'une longue gestation.**

Le 31 décembre 2011, Philippe Vachette, Gilles Boisvert, Nicolas Mercat et Gwenaëlle Dodier, respectivement les co-fondateur, directeur, président et chargée de mission de l'agence Écomobilité de Chambéry, demandaient au Dr Pierre Molina d'Aranda de Darrax, un médecin généraliste ostéopathe élu à l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) de Rhône-Alpes, la participation des médecins chambériens pour développer le report modal, les transports à pied et en vélo. Un dossier « 30 minutes sur ordonnance » était remis le 2 octobre 2012 à Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la santé. Le 10 octobre, une circulaire interministérielle [137], avec l'intervention conjointe de Marisol Touraine et de Valérie Fourneyron, ministre des Sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, promouvait la pratique d'APS comme facteur de santé publique.

La politique nationale « Sport santé bien-être » était lancée le 24 décembre 2012. Le 4 avril 2013, un comité de pilotage rhônalpin formé de membres de l'ARS, de la DRJSCS et de l'URPS se réunissait pour la première fois. Il décidait d'appliquer la politique « Sport santé bien-être » dans la région en mettant en place une prescription d'activité physique sur ordonnance. Le 5 juin, il choisissait Chambéry comme ville expérimentale. Progressivement plusieurs partenaires de l'agglomération chambérienne étaient sollicités : la DDCSPP, la mairie de Chambéry, Chambéry métropole, le Conseil général, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), le Comité départemental olympique et sportif (CDOS), l'agence Écomobilité, la Maison des réseaux de santé de Savoie (MRSS), le réseau Savoie éducation diabète (SAVEDIAB), le Réseau addictions VIH hépatites (ResAdH), Génération mouvement, des médecins volontaires libéraux, des médecins de l'hôpital de Chambéry, du Pôle de santé Chambéry Nord, de Terre de Savoie, de MG73. Tous ces acteurs réfléchissaient à mettre en place le projet en utilisant dans un premier temps les services à la mobilité existants. Un comité technique était formé et se réunissait régulièrement.

Le 3 juillet 2013 avait lieu une réunion de sensibilisation des médecins chambériens intéressés par le projet « Bouger sur prescription ». L'objectif du projet était précisé : leur prescription d'activité physique sur ordonnance. Les médecins motivés souhaitant participer à l'expérimentation prenaient connaissance du dispositif expérimental le 17 décembre. Mi-janvier 2014, ils recevaient individuellement une pochette et des outils de prescription. Des réunions de recrutement et de présentation du dispositif étaient parallèlement organisées avec les acteurs de l'offre.

Figure 8 – Chronologie de l'expérimentation chambérienne « Bouger sur prescription »



ARS : Agence régionale de santé ; DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

- **L'expérimentation de prescription commençait le 20 janvier et se finissait le 30 mai 2014.**

Au cours de cette période, les médecins restaient en contact avec le comité technique. Des réunions organisationnelles internes (Annexe 1) et externes se poursuivaient, notamment avec le Pôle de compétence santé et cohésion sociale de la Savoie présidé par le préfet le 11 février, l'URPS de Lyon le 18 février, le Conseil départemental de l'ordre des médecins le 28 février, le comité de pilotage régional DRJSCS/ARS le 11 juin.

- **La prescription se poursuivait et s'étendrait hors expérimentation.**

D'après la planification du comité de pilotage de septembre 2014, la prescription serait ouverte aux autres professionnels de santé de Chambéry métropole dès octobre 2014. Au cours du premier semestre 2015, elle pourrait être étendue à l'ensemble des professionnels de santé de Savoie, puis à la région rhônalpine à plus longue échéance.

1.2.2 Présentation de l'expérimentation

1.2.2.1 Objectifs et publics cibles

L'objectif général de l'expérimentation était de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, raisonnée et raisonnable (AP3R) sur l'agglomération chambérienne. Les objectifs spécifiques étaient de sensibiliser les professionnels de santé et les patients à l'AP comme thérapeutique non médicamenteuse, développer l'envie et le sentiment de compétence dans la pratique d'AP, proposer une offre adaptée et accessible, et créer un maillage institutionnel entre activité physique, mobilité et santé.

Contrairement à d'autres expérimentations, l'ensemble de la population, active (60%) et inactive (40%), était concerné par l'expérimentation chambérienne. Il était important d'inclure également les actifs puisque les actifs d'aujourd'hui sont les inactifs de demain. Parmi cette population globale, le public cible de la circulaire interministérielle [137] était particulièrement pris en charge : les inactifs physiques à risque par leur situation de maladie chronique, handicap, vieillesse ou précarité sociale.

1.2.2.2 Offres et parcours de soin

Le patient recevant la prescription pouvait bénéficier de trois types d'offre, en fonction du parcours de soin où il était affecté.

- **Trois types d'offre existaient :**

- **La mobilité active.**

L'agence Écomobilité et Mobil conseil donnaient des conseils de déplacements à pied, en vélo ou en bus. Ils suivaient et motivaient le patient, lui apprenaient la pratique du vélo via la vélo-école et l'accompagnaient sur les trajets de bus. Dans cet objectif ils organisaient des ateliers individuels et collectifs.

- **L'activité physique adaptée en milieu « ordinaire ».**

Des clubs du mouvement sportif et coachs indépendants proposaient à tout public une

Choix des parcours 1, 2 ou 3

Patients inactifs, non opposés à la pratique d'AP, et consentant à l'expérience

	Patient motivé	Patient à motiver
Inactifs physiques	Parcours 1	Parcours 2
Inactifs physiques à risques de par leur situation de : maladie chronique ; handicap ; vieillesse ; précarité sociale	Parcours 2	Parcours 3

Modalité des parcours 1, 2 et 3

Parcours 1 Sensibilisation	Parcours 2 Orienté	Parcours 3 Coordonné
<ul style="list-style-type: none"> • Prescription de 30 minutes/j d'AP simple de mobilité quotidienne en autonomie (marche, vélo, escaliers) 	<ul style="list-style-type: none"> • Offre d'AP parmi les associations sportives, coach sportifs, réseaux et offre de mobilité active • Remise de la fiche de l'offre d'AP au patient • Certificat médical de non contre-indication sportive 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention d'une « interface » qui évalue, oriente et suit le patient vers une AP adaptée • Remise des coordonnées de l'« interface » au patient • Certificat médical de non contre-indication sportive
10 patients par médecin	10 patients par médecin	5 patients par médecin

En adhérant à l'expérimentation, vos 25 patients pourront être contactés dans le cadre du suivi et de l'évaluation.

AP : activité physique.

Figure 9 – Modalités et choix des parcours de soin

offre d'activité physique et sportive adaptée, régulière et de proximité, encadrée par des éducateurs qualifiés dans des structures agréées.

– L'activité physique adaptée de type passerelle.

Des associations comme MRSS ou Sport santé solidarité Savoie (4S) et des coaches indépendants proposaient une offre d'activité physique adaptée à certains publics et aux patients atteints de pathologies. L'objectif était de favoriser leur réadaptation à l'effort, stimuler leur confiance de soi avant de les réorienter vers une structure d'offre en milieu ordinaire.

Chaque offre n'était pas exclusive : l'offre de mobilité était proposée en association avec l'une des deux offres d'APA.

• Trois parcours de soin pouvaient être proposés :

Le médecin choisissait le parcours de soin correspondant au profil de son patient selon les modalités de la figure 9. Les intervenants et les offres différaient selon les parcours (Figure 10). Le médecin avait pour objectif d'inclure dix patients dans le parcours 1, dix patients dans le parcours 2 et cinq patients dans le parcours 3.

– Le parcours 1 de « sensibilisation » à l'activité physique.

Les patients étaient des actifs et des inactifs physiques motivés. Le médecin prescrivait 30

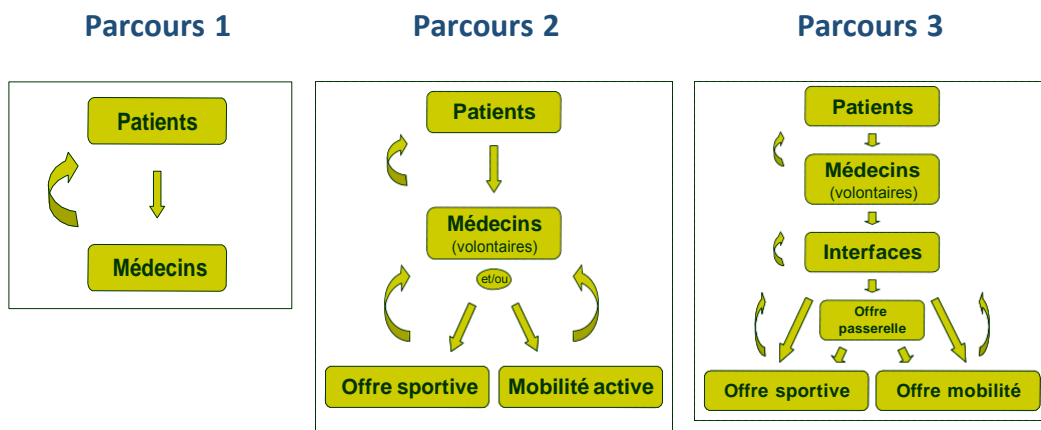
3 parcours prescrits aux patients :

Figure 10 – Offre et intervenants des parcours de soin
Les prescriptions sont lancées !

minutes par jour d'activité simple de mobilité quotidienne comme la marche, le cyclisme, la montée d'escaliers, le jardinage. Le patient prenait l'initiative de sa pratique en autonomie.

– **Le parcours 2** d' « orientation » vers une offre adaptée.

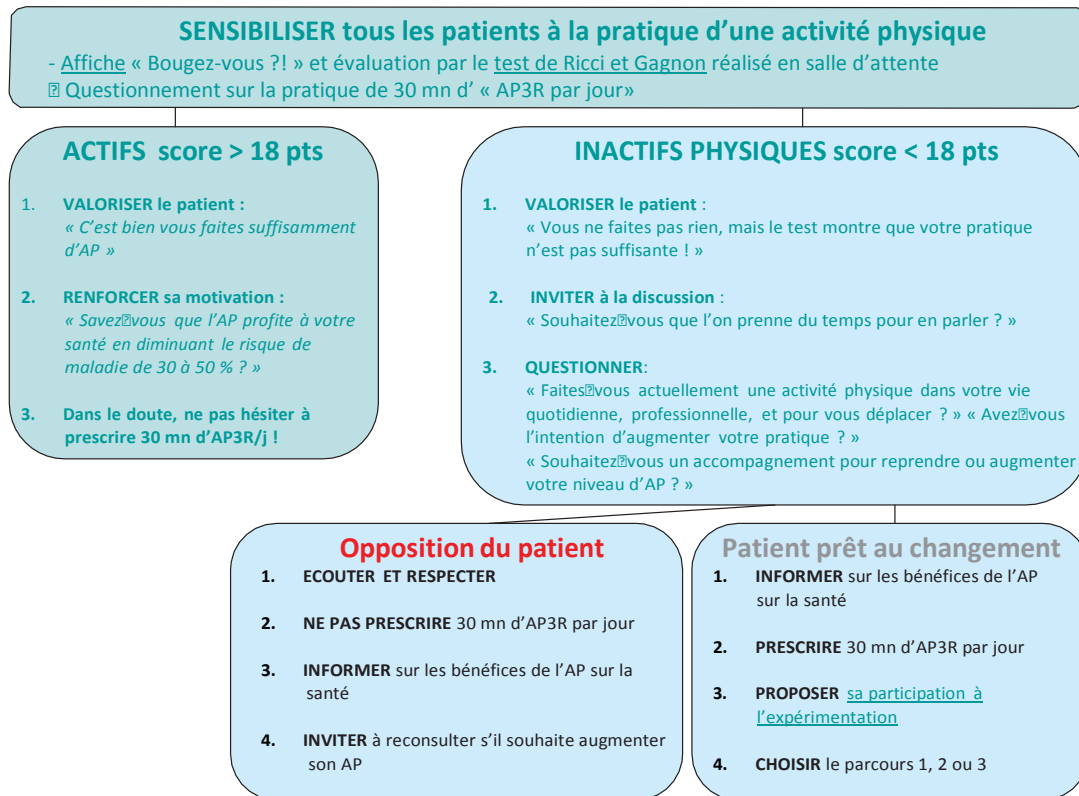
Ce parcours s'adressait aux patients inactifs physiques à motiver, ou motivés à risque par leur situation de maladie chronique, handicap, vieillesse ou précarité. Le médecin prescrivait une offre d'activité physique adaptée en milieu « ordinaire » et une offre de mobilité active. Il leur remettait une fiche résumant ces offres (Annexe 6) et établissait un certificat médical de non contre-indication aux APS demandé par l'association sportive.

– **Le parcours 3** « coordonné » avec accompagnement individuel.

Les patients inactifs physiques à risque par leur situation de maladie chronique, handicap, vieillesse ou précarité et qui sont à motiver étaient suivis individuellement par des professionnels en APA. Le médecin leur transmettait les coordonnées d'une conseillère ou coordinatrice (Annexe 7) qui les orientait vers l'un de ces professionnels en APA. Celui-ci s'entretenait avec chaque patient par téléphone pour analyser ses besoins, lui proposait un bilan motivationnel et/ou médicosportif, lui indiquait l'offre la plus adaptée à ses compétences, à sa pathologie et à ses envies. Il communiquait au médecin traitant l'évolution de sa pratique. Le médecin établissait un certificat médical de non contre-indication aux APS en cas de pratique dans une association sportive.

1.2.2.3 L'intervention de prescription en pratique

Tous les patients venant en consultation chez le médecin étaient sensibilisés à l'activité physique par des outils placés en salle d'attente et/ou par une discussion avec le professionnel de santé. L'affiche (Annexe 2) devait être bien positionnée pour être facilement visualisable. Un flyer comportant un test d'évaluation du niveau d'AP (Annexe 3) était placé sur un présentoir en libre service. Ce test était un questionnaire de Ricci et Gagnon doublement modifié pour prendre en compte la pratique du vélo. Comme précisé sur la fiche, le patient était invité à discuter des résultats de son test avec le médecin. Au cours de la consultation, le médecin s'aidait d'un arbre



AP : activité physique ; AP3R : activité physique régulière, raisonnée et raisonnable.

Figure 11 – Algorithme décisionnel de la prescription d'activité physique

décisionnel pour inclure ou non son patient dans l'expérimentation (Figure 11).

Les deux étapes clés de l'algorithme décisionnel étaient l'évaluation du niveau de pratique et de la motivation. Il était important que le médecin renforce la motivation, même des patients actifs, et qu'il ne prescrive pas de l'AP chez les patients opposants.

Le patient acceptant l'expérimentation et le médecin remplissaient ensemble la fiche d'adhésion (Annexe 5). Celle-ci renseignait d'une part le parcours, les coordonnées et l'accord du patient, d'autre part ses pathologies. Elle était envoyée par le médecin à la coordinatrice et était conservée au CDOS sous pli confidentiel. Les informations étaient transmises aux professionnels en APA. Comme ces professionnels ne sont ni médicaux ni paramédicaux, le comité de pilotage avait demandé le 19 février de séparer dorénavant et rétroactivement cette fiche en deux parties indépendantes, pour protéger le secret médical.

D'autres documents aidaient le médecin dans son intervention de prescription. Ils étaient transmis dans la pochette initiale : un guide sur le rôle du médecin (Annexe 4), le bilan motivationnel de Prochaska et DiClemente [75] et un tableau des AP conseillées en fonction des pathologies [138, 139] (Annexe 8), une liste des contre-indications aux AP [140] (Annexe 9).

En février et en avril 2014, des documents supplémentaires étaient créés : un mémento (Annexe 10), une feuille « Diagnostic express » (Annexe 11), la fiche de l'Académie de médecine 2012 sur les transformations physiologiques et avantages cliniques de l'AP (Figure 1), une fiche sur

l'offre de Mobilité (Annexe 12). Des informations et témoignages étaient envoyés bimensuellement à mensuellement par mail dans une newsletter.

1.2.3 Que pensaient les acteurs du dispositif ?

La coordinatrice était disponible pour rencontrer les acteurs du dispositif et répondre à leurs questions. Leurs avis sur l'expérimentation étaient méconnus, ils étaient pourtant indispensables pour dégager les points forts et faibles du dispositif. Leur recueil était réalisé par le comité de travail (Figure 8).

1.2.3.1 Évaluation des patients

Les professionnels en APA suivaient les patients du parcours 3 et utilisaient un tableau de suivi. Le mode d'entretiens de visu ou par téléphone, leur nombre et leur échéance variaient selon l'interface et le patient, mais la fréquence était toujours inférieure à trois mois. Tous les patients recevaient un questionnaire par mail le 2 juin 2014 pour connaître leur ressenti sur la consultation médicale, leur pratique d'activité physique pendant et après l'expérimentation, leurs suggestions d'amélioration du dispositif. Les résultats sont disponibles auprès du comité de travail.

1.2.3.2 Évaluation des acteurs de l'offre

Ils recevaient des newsletters par mail tous les mois et demi. Ils renseignaient au comité de travail le nombre de patients accueillis ou ayant pris contact avec eux. Un questionnaire leur était envoyé par mail le 2 juin 2014 pour recueillir leurs avis sur l'expérimentation et leur implication possible dans le déploiement à plus grande échelle. Les résultats sont disponibles auprès du comité de travail.

1.2.3.3 Évaluation des médecins

- **Enquête préliminaire**

Suite aux premières difficultés de prescription constatées par le comité de travail, une enquête téléphonique était réalisée les 10 et 11 février 2014 auprès des médecins. Le temps d'entretien était de 2 à 8 minutes. Les médecins étaient numérotés pour garantir leur anonymat ; cette numérotation était conservée à l'identique lors des évaluations ultérieures. Leurs remarques sont notées en annexe 13. C'est suite à cette enquête que les documents supplémentaires avaient été créés.

- **Évaluation en cours d'expérimentation**

Des réunions avec les médecins étaient organisées en cours d'expérimentation pour partager leurs difficultés de prescription.

- **Réunion en fin d'expérimentation**

Une réunion avec l'ensemble des médecins avait lieu en fin d'expérimentation le 11 juin 2014. Le comité de travail présentait le bilan de l'expérimentation : les étapes du projet, le retour des

patients, des offres d'activité physique, de mobilité et de l'offre passerelle. Un résumé des difficultés de prescription des médecins était présenté. Les médecins exprimaient l'évolution de leurs difficultés, leurs derniers conseils et opinions. Les orientations de déploiement du projet étaient annoncées. Des expériences similaires françaises et étrangères étaient citées. La retranscription du débat se trouve en annexe 18.

1.2.4 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'identifier les difficultés de prescription des médecins en cours d'expérimentation et les solutions envisageables pour améliorer le dispositif. L'objectif secondaire était de réussir l'élargissement de la prescription par d'autres professionnels de santé, à Chambéry métropole puis en Savoie.

Matériel et méthode

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par focus-groups (FG) pour connaître et trouver des réponses aux difficultés de prescription d'activité physique sur ordonnance des médecins chambériens en cours d'expérimentation.

2.2 Population

Les critères d'inclusion étaient les médecins exerçant sur Chambéry métropole, participant à l'expérimentation chambérienne de prescription d'activité physique sur ordonnance, et volontaires pour venir aux focus-groups. Aucun critère d'exclusion n'était retenu.

Pour connaître les caractéristiques des médecins, un questionnaire était distribué après les entretiens (Annexe 14). Il était envoyé par mail, puis des relances étaient organisées avec une distribution papier lors de la réunion de fin d'expérimentation et des appels téléphoniques.

2.3 Déroulement de l'étude

Deux réunions en focus-groups étaient prévues mi-février 2014, soit un mois après le début de l'expérimentation, dans les locaux du CDOS. Elles réunissaient les médecins inclus et deux chercheurs, Carine Reinert, rédactrice de cette thèse, et Dr Corinne Perdrix, médecin généraliste enseignante et directrice de thèse. Chaque médecin était invité à participer à l'une des deux réunions, les questions posées à chacune d'elles étant identiques. Chaque réunion durait environ deux heures trente. Les entretiens étaient enregistrés par un double appareillage audio et vidéo avec le consentement des participants.

Le chercheur intervieweur disposait d'un guide d'entretien lui servant de fil conducteur (Annexe 15). Celui-ci avait été élaboré par les deux chercheurs après lecture des données de la bibliographie. Il avait été soumis à l'avis du comité de pilotage (Annexe 1) et au rhumatologue

et médecin du sport du centre hospitalier universitaire de Grenoble le Dr Michel Guinot. Il permettait aux participants d'aborder les thèmes souhaités. Les questions étaient ouvertes et non suggestives, visant uniquement à lancer le débat. Les entretiens semi-directifs laissaient aux médecins la liberté d'exprimer les difficultés à leur manière, selon leurs perceptions, leurs croyances et leur ressenti.

Les entretiens étaient retranscrits mot à mot et ont été détruits à la fin de la recherche. Chaque médecin était identifié par un numéro afin de maintenir son anonymat. Après multiples relectures des entretiens retranscrits, les deux chercheurs réalisaient une grille d'analyse thématique (Annexe 16). Le logiciel NVivo10[®] était utilisé pour associer les verbatim les plus significatifs à chaque item ou « nœud » et regrouper ces items en occurrences. Les données quantitatives, les tableaux et graphiques étaient traités avec les logiciels Excel2013[®], Word2013[®] et Visio2013[®]. Ce travail était établi par Carine Reinert, contrôlé par Dr Corinne Perdrix, puis envoyé au comité technique (Annexe 1). Il était présenté aux médecins lors de la réunion de fin d'expérimentation.

2.4 Recherche documentaire

Nous avons interrogé les sources documentaires de février 2013 à septembre 2014. Aucune veille documentaire automatisée n'était réalisée. Seules les publications des dix dernières années étaient consultées, les plus anciennes étaient sélectionnées dans certaines thématiques uniquement.

Les mots-clés étaient :

- en français : prescription, activité physique, ordonnance, promotion, santé, sport santé, sport santé bien-être,
- en anglais (termes Medical Subject Headings MeSH) : prescription, physical activity, health.

Les bases de données utilisées étaient :

- Banque de données en santé publique (BDSP) <http://www.bdsp.ehesp.fr>,
- Pubmed-Medline <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>,
- Catalogue et index des sites médicaux de langue française (CISMEF) <http://www.chu-rouen.fr/cismef>,
- Elsevier Masson Premium (EM Premium) <http://www.em-premium.com>,
- Google <http://www.google.fr>,
- Google scholar <http://scholar.google.fr>.

Nous avons recherché les thèses effectuées sur le thème de l'activité physique et la santé :

- à Lyon sur <http://portaildoc.univ-lyon1.fr>,
- en France grâce au catalogue du Système universitaire de documentation (SUDOC) sur <http://www.sudoc.abes.fr>.

Des sites d'information sur l'activité physique et la santé étaient particulièrement consultés :

- OMS <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr>,
- Ministère de la santé et des affaires sociales <http://www.sante.gouv.fr/activite-physique-et-sante.html>,

- ARS Rhône-Alpes <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr> et ARS d'autres régions,
- INPES <http://www.inpes.sante.fr>,
- Manger bouger <http://www.mangerbouger.fr>,
- Réactivité (en partenariat avec l'IREPS et la DRJSCS) <http://reactivite.net>,
- PAPRICA <http://www.paprica.ch>.

Nous avons utilisé des travaux et documents transmis par le groupe de travail. Nous avons obtenu des informations auprès d'associations sur l'activité physique et la santé, d'opérateurs « Sport santé » et de collectivités locales.

Nous avons exploité la bibliographie au sein du logiciel JabRef® version 2.9.2.

Résultats

3.1 Données socio-démographiques des médecins

Parmi les 14 médecins participant à l'expérimentation, 9 ont été inclus dans notre étude (Figure 12). Deux médecins appartenait au comité technique et un médecin au comité de pilotage. Les caractéristiques des médecins obtenues par questionnaire sont résumées dans le tableau 6.

3.2 Analyse des entretiens

Les focus-groups ont eu lieu les 17 et 19 mars 2014 (Figure 8). Le premier focus-group comportait quatre médecins en présentiel et un médecin par téléphone (M1 à M5), le second quatre médecins en présentiel (M6 à M9). La retranscription intégrale se trouve en annexe 17.

3.2.1 Promotion de l'activité physique et prise en charge pluridisciplinaire avant l'expérimentation

- **Encouragement à l'activité physique**

Avant l'expérimentation, **huit médecins encourageaient** les patients à pratiquer de l'activité physique.

Certains s'adressaient à l'ensemble des patients.

M1 : *“régulièrement, pas obligatoirement pour les pathologies cardiovasculaires (parce que au départ c'était sorti pour les pathologies cardiovasculaires)”*.

M2 demandait *“à la rentrée scolaire à quelle activité ils s'étaient inscrits (...) et puis à ceux qui ne s'inscrivaient nulle part : « Mais qu'est-ce que vous faites ? »”*.

M7 : *“dès l'enfance”*.

M8 : *“Ça devrait être obligatoire l'heure de gym, de renforcement musculaire par semaine pour tout le monde, (...) ça devrait être comme être à l'école, ça devrait être obligatoire.”*

Certains s'adressaient à des patients atteints de pathologies ciblées :

M4 : *“pathologies cardiovasculaires, respiratoires, arthrose (...) lombalgiques chroniques”*

M7 : *“maladies cardiovasculaires, diabète”*

Tableau 6 – Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins

Caractéristiques	Effectif	Caractéristiques	Effectif
Age		Sexe	
38 ans	2	Homme	3
50-59 ans	4	Femme	6
60-65 ans	3		
Mode d'exercice		Exercice en quartier socialement défavorisé	
Libéral en cabinet seul	5	Oui	3
Libéral en cabinet de groupe	4	Non	6
Spécialité d'exercice médical		Activités professionnelles particulières	
Médecine générale	8	Acupuncture	2
Rhumatologie	1	Expertise médicale	1
		Homéopathie	2
		IVG	1
		Médecine du sport	2
		Ostéopathie	1
		Psychologie	1
		Aucune	2
Formation en médecine du sport		Pratique de médecine du sport	
DESC, CES ou capacité	5	Quotidienne	4
DU ou DIU	1	1 à 4 consultations par semaine	3
Formation médicale continue	1	1 à 3 consultations par mois	1
Aucune formation	3	Moins d'1 consultation par mois	0
		Jamais	1
Formation à l'entretien motivationnel		Pratique de l'entretien motivationnel	
DESC, CES ou capacité	1	Quotidienne	3
DU ou DIU	0	1 à 4 consultations par semaine	2
Formation médicale continue	7	1 à 3 consultations par mois	2
Aucune formation	2	Moins d'1 consultation par mois	1
		Jamais	1
Connaissance du plan "Sport santé bien-être" avant l'expérimentation		Connaissance d'autres initiatives de prescription d'activité physique (Strasbourg, ...) avant l'expérimentation	
Oui	2	Oui	3
Non	7	Non	6
Niveau de pratique d'activité physique selon le test de Ricci et Gagnon modifié		Activité physique pratiquée	
Avant l'expérimentation		Marche et randonnée	7
Actifs	7	Vélo	6
Inactifs	2	Ski de fond et raquettes à neige	3
En cours d'expérimentation		Jardinage	1
Actifs	8	Marche nordique	1
Inactifs	1	Course à pied	1
Evolution du niveau de pratique		Ski de piste	1
Augmentation	4	Tennis	1
Stabilité	5	Gymnastique	1
Diminution	0	Tai-chi	1
		Sport en salle	1

CES : certificat d'études spécialisées ; DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaire ; DIU : diplôme interuniversitaire ; DU : diplôme universitaire ; IVG : interruption volontaire de grossesse.

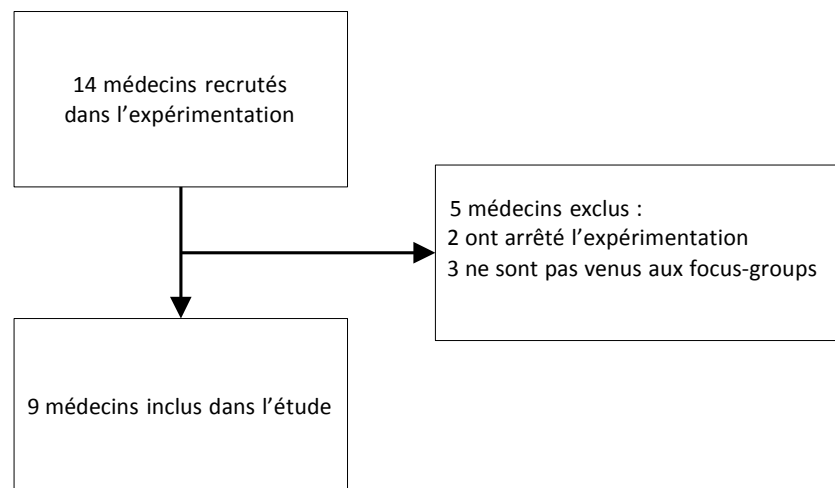


Figure 12 – Flow-chart de l'inclusion des médecins

M8 : *“dépressifs, les femmes qui veulent perdre du poids, ceux qui ont des douleurs de dos”*

M9 : *“déprimés, la bipolarité”*

M3 et parfois M6 freinaient les patients dans leur activité physique. Ce rhumatologue et cet ostéopathe examinaient les patients lors de pathologies aiguës nécessitant du repos. Ils ne recommandaient pas la pratique d'exercice physique après la guérison.

M4 au contraire incitait cette pratique en cas d' *“arthrose justement pourtant (...) comme chez les lombalgiques chroniques.”*

M8 enseignait à ses lombalgiques : *“Là vous avez mal, vous ne pouvez pas faire grand-chose, mais dès que vous n'avez plus mal au dos, il faut quand même garder en mémoire que vous n'avez qu'un dos pour la vie, et qu'il va falloir que vous vous muscliez.”*

Les recommandations étaient proches de celles de l'OMS :

M1 : *“Vingt à trente minutes de marche par jour (...) soit un équivalent (...) « Faites dix minutes aller, hop, dix minutes retour. »”*

M4 : *“En indiquant souvent le minimum de 30 minutes (...) « Vous savez, une demi-heure, ce n'est jamais qu'un quart d'heure aller et un quart d'heure retour, avec une marche suffisamment rapide pour qu'on ne puisse pas, pendant cette marche, parler à son voisin. »”*

Certains préconisaient des activités physiques précises :

M1 : *“les vélos d'appartement”*

M4 : *“la natation, la gym en piscine (...), le tai-chi pour les personnes plus âgées et plus fragiles”*

M5 : *“la course à pied pour ceux qui n'avaient pas de problème articulaire, après le vélo ou la natation (...) éventuellement des clubs de sport, un petit peu des associations vers chez eux (...) (depuis longtemps notamment les clubs d'athlétisme essaient d'inciter un peu les gens à faire du sport de loisir par exemple).”*

Peu de médecins encourageaient la mobilité par les gestes du quotidien peu appréciés :

M1 : *“Je n'avais pas pensé aux escaliers, aux trucs comme ça.”*

M2 : *“J’avais pensé, les escaliers, les arrêts de bus, les transports en commun. Ça ne marche pas très bien.”*

M4 : *“Les escaliers, on arrive à leur faire monter un étage et prendre l’ascenseur au-dessus, mais les bus et transports en commun, je suis d’accord, ils ne s’arrêtent pas avant.”*

M8 : *“Je leur disais toujours leur manière de se déplacer pour aller au travail, d’aller chercher les enfants.”*

Il était important que le patient choisisse une activité qui lui fasse plaisir :

M4 : *“l’activité qu’ils veulent faire”*

M5 : *“J’essayais quand même (du moins j’espère) de leur demander ce qu’ils avaient envie de faire.”*

• Outils d’information et de suivi de l’activité physique

Seule M9 utilisait un agenda de pratique d’activité physique, *“un graphique, avec chaque jour la durée de sport”*.

M8 : *“ J’ai passé mon DU de médecine du sport (...) il y a cinq ans maintenant, je n’ai même pas percuté s’il y en avait ou pas [des outils d’information ou de suivi d’activité physique], et en tout cas je ne m’en suis jamais servi avant.”*

Aucun médecin ne connaissait le test de Ricci et Gagnon avant l’expérimentation.

• Orientation vers d’autres professionnels paramédicaux, sportifs ou des réseaux de santé

L’orientation vers les kinésithérapeutes était réalisée par tous les médecins.

M4 : *“Autour de notre cabinet des kinés (...) sont assez dynamiques et (...) s’occupent de toute la réadaptation au sport”*.

M3 : *“En tant que rhumato, sans kiné, qu’est-ce qu’on ferait ?”*.

Quelques médecins orientaient vers d’autres professionnels.

M5 : *“des sportifs ou (...) des préparateurs physiques, mais c’est plus pour des cas particuliers.”*

M7 : *“l’Espace Ressource Santé qu’on a créé sur les Hauts de Chambéry (...) Dans ce cadre de pôle de santé on a (...) une stagiaire APA à l’année, qui termine au mois de juin, mais on va en prendre une autre l’année prochaine.”*

M1 travaillait avec *“l’École du Dos”* mais, selon M3 et 4, le problème était *“le délai et le prix, parce que l’École du Dos c’est beaucoup plus cher”*.

• Freins des patients à l’activité physique

D’après les médecins, les motifs de non-pratique d’activité physique étaient :

– le manque de temps :

M4 : *“Ils me disent « Je n’ai pas le temps ».”*

M3 : *“le temps.”*

– le coût excessif :

M5 : *“budget”*

M1, 2, 3, 4 : *“Oui c’est cher.”*

M5 : *“Oui, ça peut [le budget, le prix d’entrée à la piscine, l’abonnement à la salle de sport est un frein à la prescription].”*

– le mauvais état physique :

M5 : *“problème articulaire”,*

M3 : *“[Avec de la] gonarthrose qui est là en poussée, on n’incite pas tellement à faire du jogging (...) problèmes de genoux, de hanches, même si on va bien, ce n’est pas logique.”*

M9 : *“La marche, je ne la leur conseille pas trop longtemps parce que ça sollicite beaucoup trop les genoux, et malgré qu’elles soient jeunes (jusqu’à trente ans d’âge), ça peut produire des grands dégâts par la suite.”*

M6 : *“les limites physiques”*

– les freins familiaux et culturels :

M8 : *“Je suis dans un endroit où (...) il y a beaucoup de Maghrébines, et c’est vrai que (...) à la limite elles n’ont jamais pensé à faire une activité pour elles. Mais il y en a, c’est étrange, et c’en est même à un point : pas de copines, pas d’activité.”*

– le regard des autres :

M3 : *“Quand ils sont avec les autres, quand ils sont trop gros, (...) c’est une honte pour certaines personnes.”*

M9 : *“Quand [la natation] ne leur est pas possible parce qu’il y en a l’une ou l’autre qui ne se sent pas bien de se déshabiller.”*

– les contraintes horaires :

M3 : *“Pour la natation « il faut que j’aie des horaires, que je m’inscrive, il y a des gens et il y a pas de créneau de libre ».”*

– l’insécurité :

M1 : *“[Les vélos d’appartement] c’est plus sécurisé qu’un vélo.”*

M9 : *“Elles ont peur du vélo dans la rue.”*

– le manque de confort :

M2 : *“Les gens se plaignent tout le temps que les piscines ne sont pas assez chaudes. Et [dans] les piscines chaudes, comme aux thermes Chevalley, on ne nage pas.”*

- Les médecins encourageaient la pratique d'activité physique, surtout en cas de pathologies chroniques, sauf en cas de pathologies aiguës rhumatismales.
- Conseils proches des recommandations de l'OMS, activité sportive précise, mobilité du quotidien, activité choisie par le patient.
- L'agenda était le seul outil d'information et de suivi de l'activité physique, utilisé par un médecin uniquement.
- Orientation des patients vers des kinésithérapeutes, deux médecins vers des éducateurs sportifs, professionnels en APA ou réseaux de santé.
- Freins à l'activité physique : le manque de temps, le coût, le mauvais état physique, les freins familiaux et culturels, le regard des autres, les contraintes horaires, l'insécurité, le manque de confort.

Encadré 1 – Occurrences de l'item « Promotion de l'activité physique et prise en charge pluridisciplinaire avant l'expérimentation »

3.2.2 Initialisation de la prescription en pratique

• Méthode de prescription

Le protocole de prescription différait selon les médecins.

M1 plaçait les tests *“en salle d'attente et (...) dans ma pochette [dans le bureau de consultation].”* En salle d'attente, ils étaient à proximité de l'affiche où *“il y a marqué « Faites le test ». J'ai mis des flèches et j'ai mis (...) les fiches des tests dessous.”* Les patients répondaient au questionnaire en consultation avec le médecin : *“Je fais le test, c'est moi qui le remplis”.*

M2 : Les tests se trouvaient *“dans le bureau. (...) Je mets la pile à côté d'eux (...) Pendant que je fais mon ordonnance, que je passe la carte vitale (...), ils regardent un peu ce qu'il se passe et ils disent « C'est quoi, ça ? » Je leur dis « Faites-le pendant que je suis occupée » (...) Mais c'est eux qui posent la question parce que c'est là (...) Ils la font devant moi et ensuite ils l'emmenent (...), ils la glissent sous la porte, ils la mettent dans la boîte aux lettres, ils la ramènent la fois d'après, ou ils renvoient par la poste.”*

M3 plaçait les tests en *“salle d'attente, dans l'heure je n'ai pas le temps (...) Je dis que « Plutôt que de vous ennuyer, eh bien faites le test ». Et même les accompagnants des fois le font.”*

M4 était récemment incluse dans l'expérimentation : *“J'ai pris l'expérience en cours de route, je n'étais pas à la première réunion.”* Elle donnait son avis sur son protocole futur : *“Ce qui me sera le plus facile, c'est d'avoir [les flyers] sur le bureau (...), la solution d'éventuellement donner la fiche et qu'ils me renvoient après.”* Elle ne pensait pas mettre à contribution la secrétaire car *“elle n'a pas le temps”.*

M5 : *“Pour commencer j'avais les tests dans mon bureau, je posais la question en fin de consultation après avoir essayé de régler les problèmes pour lesquels ils étaient venus, (...) j'avais*

essayé de cibler un petit peu les gens à qui je le faisais remplir. Et puis après (...), comme je n'avais pas énormément de questionnaires et (...) de gens qui avaient des petits scores, j'ai essayé d'élargir, donc j'ai mis les questionnaires dans la salle [d'attente] sur le comptoir de la secrétaire, et c'est la secrétaire qui incite (...) à le faire remplir. Après je rappelle les gens qui ont des scores qui sont un peu faibles (...) pour en discuter avec eux, pour voir si éventuellement ils veulent participer à l'étude (...) J'en ai très peu qui l'ont rempli avant la consultation, et comme ils ne viennent pas pour ça je le fais (...) plutôt à la fin, ou alors dans un second temps je les rappelle (...) pour leur faire remplir le papier s'il le faut.”

M6 mettait les tests en salle d'attente.

M7 : “On est un cabinet de groupe. (...) Dans la salle d'attente (...) on a mis l'affiche. (...) Comme je suis seul à rentrer dans l'étude pour l'instant, au départ j'ai mis ça sur mon bureau et j'essayais d'y penser. J'ai beaucoup de patients chroniques, (...) je leur donne le document quand je dois les revoir assez rapidement au bout de quinze jours (...). Je leur dis « Vous regardez ça à la maison, puis on en reparle la prochaine fois ». Je fais la promotion (...) d'activité physique et j'annonce (...) que de plus en plus d'études montrent (...) qu'il y a un bienfait sur différents champs, et que ça peut être intéressant de voir (...) où ils en sont au niveau de leur sédentarité et de leur activité. Il y a (...) le patient qui revient (...), une discussion (...) se fait autour (...) du questionnaire, des réponses, de la manière dont ils ont répondu. (...) [Les] après-midi[s] (...) moins chargé[s](...), j'ai fait donner le questionnaire par la secrétaire à l'arrivée de la personne dans la salle d'attente. Mais il fallait que je prenne un temps de discussion dans la consultation tout de suite, avec le test. (...) Là-aussi ça marche bien (...) parce que les gens ont le temps de le faire. C'est (...) intéressant qu'il y ait une présentation du questionnaire (...) par la personne qui le donne donc [par] la secrétaire.”

M8 était récemment incluse dans l'expérimentation : “Je n'ai pas encore mis en place [le dispositif de prescription].”

M9 : “Je leur donne tous les détails, je leur parle de leur pathologie, en quoi leur pathologie peut être améliorée par l'activité physique. Je leur fais même des dessins de la physiologie du corps et de l'anatomie pour leur expliquer, c'est-à-dire je leur explique en détail quel est le bénéfice. Je leur donne les feuilles [test de Ricci et Gagnon], s'il[s] [sont] d'accord bien sûr je leur explique les parcours, et s'ils sont d'accord je leur donne les feuilles nécessaires pour les remplir. Je leur dis soit ils remplissent dans la salle d'attente où j'ai mis le petit support et ils le laissent dedans, soit ils reviendront la prochaine fois. Des fois je n'ai pas le temps de leur expliquer, je leur donne et quand ils reviennent la prochaine fois je leur explique ce qu'ils veulent savoir.”

M9 réunissait ensemble tous ses patients inactifs pour leur donner ces explications.

• La prescription sur ordonnance

La prescription écrite se faisait par informatique et comportait des termes précis.

M1 : “J'ai programmé « APS » sur l'ordinateur comme une ordonnance”. Son ordonnance était à part “toute seule” sauf “une où je l'ai rajoutée (...) comme un médicament.”

M2 : “Pratiquez 30 minutes d'APS par jour.”

M5 : “J'ai une ligne où je fais du copier-coller, je la rajoute sur mon ordonnance. Je n'ai pas

réussi à le mettre dans les médicaments encore, ça viendra peut-être bientôt, et j'essaie de modifier juste la tournure de la phrase pour essayer de l'adapter au patient.”

M7 : “Avec l'ordinateur (...) je le mets en automatique « Prescription d'activité physique. »”

• Accueil de la prescription par les patients

Les patients accueillent positivement la prescription quand le médecin discutait avec eux :

M8 : “Quand on prend le temps de discuter avec les patients c'est hyper positif, et ils sont super contents parce que (...) ils n'ont pas souvent l'occasion de parler de ça.”

M9 : “Ils sont tout contents, ils adhèrent au projet. Mais ils ont besoin des informations.”

Certains refusaient la pratique d'activité physique ou l'adhésion à l'expérience.

M2 : “Ils ont dit « Je fais déjà, de toute façon je ne peux pas bouger plus ».”

M1 : “Pas le fait de faire de l'activité physique, au contraire, parce que tout avait été discuté, tout avait été vu. Mais c'est le fait de participer à l'étude qui a été refusé.”

M6 : “Il y en a qui me disent : « Mais vous me prenez pour qui, Docteur. C'est de l'infantilisation. Je suis assez grand pour savoir ce que j'ai à faire (...) je n'ai pas besoin de consulter. »”

M7 : “Les gens nous disent pour beaucoup : « C'est bon, c'est bien, vous nous donnez des pistes, mais bon je vais me débrouiller tout seul. »”

• Astuces d'adhésion

Les médecins valorisaient l'aide du patient au médecin, à l'expérimentation, à la médecine.

M1 : “Je leur ai dit que ça fait partie de l'étude.”

M2 : “« Si vous voulez bien me rendre service en participant (...) ça va faire une bonne expérimentation pour mon cabinet. » Alors hop, ils font.”

M6 : “« On fait une étude, on a besoin de vous » (...) Pas « Faites-moi plaisir » mais « Est-ce que ça vous intéresse de faire partie de l'étude ? On fait une étude expérimentale. Voilà. Si vous pouvez, ce ne serait pas mal. »”

M7 : “La présentation sur le plan de l'étude peut être intéressante. Moi j'ai l'expérience d'une étude pharmaco (...) [Ici] il y a moins de conséquences, les effets secondaires sont plutôt positifs.”

La prescription en deux temps donnait de la liberté aux patients :

M2 : “Ils ne sont pas piégés.”

M1 : “Il y en a qui se sont sentis un peu piégés. Je leur ai fait (...) le test et puis ensuite ils disent « Eh bien non, mais qu'est-ce que c'est ce truc ? » (...) quand ils ont vu qu'il fallait remplir tout de suite quelque chose comme ça [la fiche d'adhésion].”

M4 : “La solution [de] donner la fiche et qu'ils me renvoient après (...) libère d'une contrainte.”

Des arguments étaient spécifiques aux médecins.

– M2 exagérait ses propos :

“J'ai dit que je faisais partie d'une expérimentation chambérienne, que j'avais besoin de dix personnes. Parfois je mentais un petit peu : « J'en ai huit, il ne m'en manque que deux... - Attendez je vais faire le neuvième, et puis ma tante elle pourrait faire le dixième, comme ça vous les avez tous. »”

- M2 parlait de sa propre pratique d'activité physique :
 - “« J'ai 65 ans, je vais me faire opérer d'un genou le mois prochain et malgré tout vous voyez je suis à 24. Et vous ?
 - Là on est moins bien.
 - Mais enfin, vous êtes plus jeune, c'est quoi cette histoire ? (...) Moi je suis privée de ça (...) Vous avez la chance de pouvoir le faire, faites ! »”
- M2 et M9 insistaient sur le choix d'une activité qu'ils aimaient :
 - N 2 : “Il faut qu'ils aiment l'activité qu'ils choisissent.”
 - M9 : “Je négocie avec la personne : [ce] qu'elle aime faire et [ce] qu'elle peut faire.”
- M8 conseillait la pratique en groupe :
 - “Il ne faut pas compter sur les autres pour se lancer, mais (...) une fois qu'on est lancé c'est bien d'être plusieurs, (...) c'est beaucoup plus stimulant.”
- M9 expliquait l'alliance thérapeutique :
 - “Chacun a son savoir et son pouvoir. Moi c'est le secret professionnel. Lui, (...) [s'il ne veut pas] essayer de rentrer en résonance avec ce que je dis, ça ne peut pas marcher ! Je peux être un savant, s'il ne fait rien, mon savoir ne vaut rien.”

Les médecins changeaient de discours face aux **patients opposants** :

- M1 : “Je ne dis pas « Vous » ou « Vous devrez » mais « Qu'est-ce que vous pensez de peut-être faire une activité physique ? » (...) Je le renvoie à lui-même, puis j'attends [ses] réponses. (...) « Qu'est-ce que vous en pensez de faire du vélo ? Est-ce que vous auriez des amis qui vous prêteraient un vélo d'appartement ? Est-ce que vous pensez que vous pouvez ne pas prendre votre voiture ? » Toujours ne pas être trop directif, sauf [avec les] patients (...) qui ont besoin d'être plus cadrés.”
- M2 : “Je leur dis : « Achetez le pain à pied déjà. ».”

- Placement des tests de Ricci et Gagnon :
 - En salle d'attente, sur le bureau de consultation, aux deux endroits.
 - Deux secrétaires réquisitionnées.
- Prescription par informatique : « APS » ou « Pratiquez 30 minutes d'APS par jour ».
- Accueil favorable de l'expérimentation par les patients.
- Astuces d'adhésion : valorisation de l'apport au médecin et à la science, prescription en deux temps, déformation du discours, évocation de sa propre pratique, choix d'une activité plaisante, pratique en groupe, alliance thérapeutique.
- Médecins peu directifs face aux patients opposants.

Encadré 2 – Occurrences de l'item « Initialisation de la prescription en pratique »

3.2.3 Évaluation des outils de prescription

Les critiques étaient globalement positives.

M1 : *“Les dossiers sont bien faits. (...) Quand on regarde la pochette c’était très clair. (...) Concernant l’organisation, moi je n’ai pas de critiques.”*

Mais M7 : *“Ce n’était pas clair.”*

Les outils différents correspondaient à la pratique de chacun.

M8 à M9 : *“Tout dépend combien vous voyez [de patients] par heure ?”*

M9 : *“Deux, des fois un par heure.”*

M8 : *“Donc vous prenez cinq minutes, c’est bon ! (...) Je suis en moyenne à trois [patients par heure] et il y a des médecins qui sont à (...) largement plus. (...) C’est sûr qu’on n’est pas pareils.”*

CP : *“Il faut avoir plusieurs approches à proposer aux médecins en fonction de leur activité.”*

L’affiche était appréciée par l’injonction « Bougez! ? ».

M1 : *“C’est « Bougez-vous » qui est intéressant. (...) L’affiche est bien.”*

M3 : *“Certaines personnes ont (...) peur du sport. « Bougez-vous », il n’y a pas le mot « sport » dedans et ça concerne tout le monde, (...) c’est tout bête, c’est très bien.”*

Le test de Ricci et Gagnon modifié était intéressant :

M5 : *“Un moyen d’entrer dans la discussion de l’activité quotidienne.”*

M7 : *“Un point de repère par rapport à une sédentarité (...) : « Ça me permet de me rendre compte où j’en suis, parce que (...) je suis moins bon que ce que je pensais ».”*

M7 : *“Ça permet de réfléchir sur (...) l’organisation de sa vie : « Maintenant j’ai (...) du temps, mais si j’avais répondu ça il y a trois mois, j’aurais eu largement en-dessous de 18. »”*

Des limites pouvaient fausser ses résultats ou leur interprétation :

– Le questionnaire était peu compréhensible et difficile à remplir.

M7 : *“C’est tout de même un peu difficile d’estimer (...) l’activité physique (...) l’intensité, etc. (...) Je suis (...) quelquefois en difficulté par rapport (...) à la transcription de ce questionnaire, on peut dire qu’on peut ne pas le prendre à la lettre.”*

– Les scores s’échelonnaient de 9 à 45. Le patient ne répondant pas à toutes les questions rendait son résultat ininterprétable. Celui qui avait un score à 9 pouvait penser à tort être actif.

M6 : *“« Docteur, moi c’est une catastrophe! J’ai (...) 11 ou 12 » (...) Elle n’avait pas répondu à plusieurs questions! En reprenant le test elle était montée à 22! (...) Il [faut] revoir suivant les résultats si les patients ont correctement répondu aux questions.”*

M6 : *“Notre test a un problème, c’est qu’il n’y a pas de zéro. C’est de 1 à 5. (...) Neuf correspond à zéro en fait, (...) A mon avis, ce n’est pas réutilisable.”*

– Des patients insuffisamment mobiles avaient un score élevé.

M1 : *“Ils me disent « Pourquoi vous voulez que je fasse si je suis à plus de 19? ». Des fois je pense que je n’aurais pas dû leur faire le test.(...) Il monte ses quatre étages pour aller travailler, effectivement il bouge! Mais (...) je trouve qu’il ne bouge pas assez.”*

M7 : *“Beaucoup étaient largement au-dessus de 18, et au-dessus de 25 même, alors que c’étaient des patients (...) lourds.”*

La fiche de l'offre était incomplète et inadaptée :

- L'adresse des offres était inconnue.
M4 : *“Là-dessus on ne sait pas où ils sont !”*
- Les prix étaient inconnus.
M1 : *“On n'en sait rien combien ça coûte.”*
M3 : *“La première séance (...) est offerte, mais on n'a pas d'échelle de prix.”*
M6 : *“Le prix n'est pas marqué.”*
- La description était trop succincte pour donner un vrai conseil.
M2 : *“Quand je donne un conseil, si c'est (...) une piscine où je suis allée, je leur dis la température de l'eau.”*
- L'offre de Mobilité était peu compréhensible.
M7 : *“Ce n'est pas bien clair par rapport à l'Écomobilité, ce qu'ils peuvent proposer.”*
- Les associations n'étaient jamais bien situées géographiquement pour le patient.
M4 : *“Ils ont pas mal d'adresses (...) mais ce n'est jamais où ils veulent.”*
- La liste était trop limitative.
M1 : *“Je vais à une salle de gym qui est très bien, et elle n'y est pas !”*
- Les termes employés n'étaient pas judicieux.
M3 : *“C'est un peu péjoratif, « personnes âgées » (...) On peut avoir 55 ans ou 60 ans ou 40 ans et faire de la gymnastique comme une personne âgée.”*
- Certaines offres correspondaient au parcours 3.
M1 : *“Dans ce parcours 2 il y a des choses qui correspondent au parcours 3.”*
- La fiche était inadaptée aux cas particuliers.
M4 : *“Je vois beaucoup de sourds en langue des signes, j'ai beaucoup de mal avec [ce flyer].”*

Mais elle restait intéressante :

- M1 : *“Je l'ai donnée aux parcours 3 (...) « On va vous diriger peut-être vers ce genre de choses. »”*
M4 : *“Même ceux qui sont mal fichus, qui ont les genoux en vrac, ils doivent pouvoir trouver (...) à la carte, quelque chose qui leur convienne.”*
M6 : *“Il fallait répertorier. C'était un travail remarquable (...) On les a regroupées sur quatre grandes pathologies.”*

La fiche d'adhésion était nécessaire mais pouvait être un frein à l'engagement des patients.

- M1 : *“Ils ont vu qu'il fallait remplir tout de suite ça (...) C'est une contrainte. Ils s'engagent.”*
M4 : *“(Voix chuchotée [imitant le patient]) « [Que va-t-on] me demander ? [Que dois-je] faire ? »”*

L'anonymisation des pathologies était appréciée des médecins.

- M1 : *“C'est pas mal de le découper, de leur faire remplir.”*
CP : *“La garantie du secret, c'est quelque chose que vous pouvez avancer à vos patients ?”*
M1 répond à CP : *“Oui”.*

Le guide médecin n'évoquait pas la couleur des parcours en plus des numéros.

- M4 : *“Pour toutes les explications où il y avait écrit parcours 1, 2 et 3, je me disais « Mais enfin, les fiches ce sont des couleurs [et non] des numéros, comment ça fonctionne ? ».”*

Cette difficulté non partagée par les autres participants pouvait s'expliquer :

M1 : *“On était à la réunion au début, elle n'y était pas, ils nous l'ont expliqué.”*

Le bilan motivationnel de Prochaska et DiClemente était peu connu.

CR : *“On se posait la question si vous utilisez ce genre d'outils.”*

M1 et 2 : *“Non. Moi non plus. Rien du tout.”*

M4 : *“Même pas comment que « cha ch'écrit » (avec un accent étranger peu compréhensible).”*

M1 : *“Je ne l'ai jamais entendu (avec ce même accent étranger).”*

Seule M4 avait lu la fiche d'information : *“Si, je l'ai vu (elle montre la pochette).”*

Des newsletters, un memento, un diagnostic express étaient créés en février.

M7 : *“Le dernier document [le memento] qui a été renvoyé éclairé un peu plus.”*

M5 : *“Pour simplifier et pour aller plus vite, on pourrait simplement demander si les patients faisaient 30 minutes d'activité par jour (...) et pratiquement squeezer le test ici si on a une réponse négative à [cette] question. Ça permettrait de faire bénéficier à plus grande échelle.”*

M6 : *“Trois petites questions et c'est réglé : il est actif ou pas, je prescris ou pas, et est-ce que si c'est compliqué je fais moi-même le certificat ou je l'envoie au médecin [réfèrent] ou à l'éduc APA. (...) J'en ai pour vingt-cinq secondes. C'est d'une simplicité ! Ce n'est pas une usine à gaz.”*

La simplicité et la rapidité du diagnostic express n'étaient pas partagées par tous.

M7 : *“Ça ne dure pas trois minutes, ça dure vachement longtemps !”*

M9 : *“Je ne sais pas faire vite.”*

Le tableau récapitulatif des transformations physiologiques et avantages cliniques

édité par l'Académie nationale de médecine (Figure 1) [10] était conseillé par un médecin.

M6 : *“les tableaux des pathologies (...) que les médecins devraient avoir sur [leur] bureau pour pouvoir rapidement expliquer les résultats, où on en est aujourd'hui.”*

- Outils de prescription appréciés, outils différents pour la pratique de chacun.
- Affiche : injonction « Bougez ! ? » interpelle tout le monde.
- Test de Ricci et Gagnon : bon moyen d’aborder l’activité physique, mais compréhension et remplissage difficiles, scores faux ou mal interprétés, patients peu mobiles à score élevé.
- Fiche de l’offre : intéressante, mais adresse et prix inconnus, description succincte, offre Mobilité peu compréhensible, associations mal situées, liste limitative, vocabulaire péjoratif, catégorie de l’offre inexacte, offre inadaptée aux cas particuliers.
- Fiche d’adhésion : frein possible à l’adhésion du patient.
- Guide médecin : ne mentionne pas la couleur des parcours.
- Cycle de Prochaska et DiClemente : peu connu.
- Mémento : éclaire le dossier.
- Diagnostic express : simple et rapide mais pas pour tous.
- Tableau récapitulatif des bénéfices de l’AP : argumentation rapide pour la prescription.

Encadré 3 – Occurrences de l’item « Évaluation des outils de prescription »

3.2.4 Difficultés d’initialisation de la prescription

• Placement des tests de Ricci et Gagnon

Le placement de ces tests en salle d’attente était problématique :

- Les enfants jouaient avec les tests.

M2 : *“Les gamins n’aiment pas trop.”*

M4 : *“Les gamins, ils font [écriture en gribouillis sur une feuille].”*

M6 : *“J’ai relevé le truc pour que les enfants ne veuillent pas jouer avec.”*

- Les patients ne montraient pas le test au médecin.

M1 : *“Quelques-uns me le font, ça disparaît, mais (...) ils oublient de me le rendre.”*

M6 : *“Curieusement quelques fois ils ont fait le test et ils ne me disent rien ! (...) Je leur dis « Mais vous avez [fait] le test dans la salle d’attente ? » « Ah oui, docteur ! » Alors ils le sortent de leur sac.”*

M3 ne rencontrait pas ces difficultés, peut-être parce que sa patientèle était différente :

M4 : *“Chez nous ça brasse un peu plus.”*

M3 : *“Moi c’est plus simple.”*

• Incompréhension générale du procédé et des parcours

Les médecins avaient peu d’informations sur le protocole de suivi du patient.

M1 : *“Je n’ai pas su [répondre à] « Qu’est-ce qu’ils vont me dire ? Qu’est-ce que ça va être ? »”*

M9 : *“Ils me demandent concrètement comment ça va se passer après, je n’ai pas vraiment de réponse concrète. (...) On n’a pas beaucoup d’informations pour la suite.”*

Certains pensaient que les patients, hors parcours 3, seraient reconvoqués par la coordinatrice pour organiser leur activité physique.

M2 : *“Le parcours 2, ils attendent qu’on les contacte. Je leur dis : « Ce n’est pas tout de suite ».”*

M9 : *“On me demande : « Qui est-ce qui va les appeler, et pourquoi, et comment ? » (...) Je dis que c’est une commission qui va décider, (...) négocier avec la personne le type de sport. (...) Ils attendent comme des petits anges la convocation pour être dirigés dans le sport qu’il faut faire.”*

M3 ignorait devoir parfois fournir un certificat de non contre-indication aux APS : *“Parce que vous voudriez qu’on fasse un certificat de non contre-indication à bouger ? (...) J’ai mal lu alors.”*

• Difficultés de chaque parcours

Des médecins hésitaient à prescrire **le parcours 1**.

M1 : *“Ils disent « Mais qu’est-ce que c’est ce truc [la fiche d’adhésion] ? » et du coup ça m’a un peu refroidi après (...) et j’ai un petit peu arrêté.”*

M4 : *“J’ai deux personnes qui sont en théorie en parcours 1, que je n’ai absolument pas fait rentrer dans le truc. Spontanément je ne me voyais pas dans la conversation leur dire « Bon bien voilà, vous faites votre vélo chez vous, tenez, remplissez-moi ça ».”*

Le parcours 2 posait le plus de difficultés.

– Ce parcours n’avait pas sa place entre les parcours 1 et 3.

M4 : *“Le parcours 2, alors vraiment on est entre deux chaises.”*

– Les patients du parcours 2 étaient peu nombreux.

M4 : *“Ceux qui sont motivés mais qui ne connaissent aucune salle de sport, il n’y en a pas tant que cela. (...) Ils font déjà, ils connaissent pas mal.”*

– Les médecins ne connaissaient pas l’offre et son origine.

M3 : *“D’où sont-ils allés chercher ces adresses ? (...) Comment ça s’est passé ?”*

– Les offres avaient leurs limites.

M8 : *“Souvent c’est de septembre à juin, les inscriptions dans toutes les associations.”*

M6 : *“C’est difficile de rajouter quelqu’un, souvent c’est un groupe formé.”*

M6 : *“Les clubs ont leurs limites aussi (...) Par exemple pour les cancéreux, il y a 4 S, tout le monde veut y aller, c’est saturé ! Et il n’y en a pas d’autres !”*

– Des médecins déconseillaient certaines offres.

M9 : *“Je les incite toujours à faire cette activité en plein air (...). Parce que du point de vue psychologique, dans une salle où ils sont enfermés, où il n’y a pas assez d’air, où il y a toutes les odeurs, il faut le reconnaître ! Une piscine, où il y a des produits qui sont très toxiques (...) Au contraire, je veux qu’ils se rapprochent de la nature. Il y a un double gain, ils font du sport, ils entendent les oiseaux, ils voient des fleurs. Le contexte est favorable.”*

– Conseiller une offre méconnue était un engagement difficile pour le médecin et le patient.

M2 : *“[Le flyer de l’offre] m’engage sur un truc que je ne connais pas.”*

CP : *“Ça vous dérange d’inciter un patient à aller dans un endroit que vous ne connaissez pas ? C’est une crainte que vous avez, qu’on vous reproche de les avoir envoyés dans un endroit qui ne serait pas correct ?”*

M1, 2, 3, 4 répondent à CP : *“Oui”*.

M4 : *“Si on dit « Eh bien je ne connais pas », ça tombe à plat ...”*

Les médecins ne souhaitent pas connaître davantage l’offre, ils préféreraient déléguer et orienter vers des professionnels qu’ils connaissent.

CP : *“Il faudrait que le comité de pilotage vous invite à visiter sur les sites ?”*

M1 : *“Non, pas possible, on n’a pas le temps !”*

M4 : *“[La plaquette de l’offre] demande à être discutée avec quelqu’un d’autre que moi (...) Je ne connais pas assez tout ça et je n’ai pas envie de connaître.”*

M7 : *“Pour certains, j’aurais plus intérêt à les envoyer à l’Espace ressource santé qu’on a créé sur les Hauts de Chambéry (...) : « Allez avec ce papier-là là-bas, ils vont vous expliquer un peu plus ce que moi je ne prends pas le temps pour vous expliquer complètement. » (...) Il y a aussi des ressources en proximité, dans notre quartier en tout cas des Hauts de Chambéry.”*

Le parcours 3 posait le moins de difficultés.

M1 : *“En 3, c’était plus facile car elles sont en situation de handicap. (...) « Il y a quelqu’un qui va vous voir, (...) qui va vous aider pour vous remobiliser, pour que vous n’ayez pas mal ».”*

M4 : *“[En] parcours 3, c’est beaucoup plus facile de donner la fiche et de la faire remplir car il y a un service immédiat sur une demande particulière et on va aider [le patient] donc c’est normal.”*

Les médecins connaissent mal le statut de la coordinatrice, des professionnels en APA.

M3 : *“[Lucile,] celle qui fait le parcours 3 ?”*

M2 : *“Mais qui c’est qui la paie, elle [Lucile Peynot] ?”*

M1 : *“Parce que Lucile, elle a fait STAPS, elle est sport ?”*

Ils ne savaient pas si c’était la coordinatrice ou le patient qui devait être le premier à contacter l’autre.

M6 : *“Le parcours 3, où ils vont être convoqués (...) Ou alors les patients appellent Lucile ?”*

• Difficultés de la prescription écrite

Prescrire de l’activité physique sur une ordonnance déplaçait à des médecins.

M3 : *“Ça m’a fait drôle d’abord de prescrire.”*

M4 : *“Une ou deux fois j’ai dit que si la prochaine fois on n’y arrive pas, je l’écrirai noir sur blanc. Mais je ne l’ai pas fait d’emblée. (...) Écrire noir sur blanc me fait bizarre.”*

M7 : *“Autant je le dis aux gens, autant (...) je l’ai écrit quatre fois sur les trente consultations. Ça peut être vécu comme infantilisant. (...) Je trouve que [le pouvoir médical de la prescription] n’est pas tellement intéressant là, on est dans une démarche éducative. (...) Prescription, c’est une ordonnance, j’ordonne. (...) [Ici] c’est plus un conseil.”*

M6 : *“Il faut que ce soit un plaisir. On ne peut pas forcer un plaisir.”*

Mais la prescription écrite non médicamenteuse présentait des avantages et se développait.

M1 : *“L’impact [de l’ordonnance] est fort ! Ça donne de l’importance à la prescription.”*

M9 : *“La plupart des patients qui nous consultent ont besoin de cet ordre. Ils viennent pour l’ordre, pour l’ordonnance ! (...) Comme le sport décharge des endorphines, c’est comme une médication que l’on prescrit.”*

M8 : *“Je mets de plus en plus d’autres choses [que des médicaments sur l’ordonnance]. (...) Dans l’hypotension, je mets toujours « Marche rapide matin et après-midi ». (...) Dans les gastros un peu vagues, je leur dis « Vous allez marcher, vous allez beaucoup mieux ». (...) L’ordonnance, ce n’est pas qu’un ordre.”*

M7 : *“Prescrire le bon sens, c’est vachement bien !”*

M6 : *“C’est du bon sens, c’est un plaisir de la vie. Mais c’est écrit ! (...) C’est le rôle du médecin.”*

• Difficultés de gestion du temps

La difficulté principale était la gestion du temps, comme le montrait l’emploi du mot « temps » 68 fois au cours des entretiens.

M1 : *“Ça prend plus de temps.”*

M5 : *“Je n’arrive pas à le faire en une seule fois, (...) [ça] prend beaucoup de temps.”*

M7 : *“Il faut passer du temps.”*

M9 : *“Ça nécessite beaucoup de temps, d’abord parce que je dois leur expliquer en quoi consiste ce test, quels sont leurs bénéfices (...) Parce que, par ma formation de psychologue, je ne peux jamais être pressée, ou peut-être par ma personnalité.”*

- Placement des tests de Ricci et Gagnon en salle d’attente :
Les enfants jouaient avec eux, les patients ne les montraient pas au médecin.
- Incompréhension du procédé :
Peu d’informations sur le suivi des patients,
Attente d’une convocation pour l’activité physique par les patients de tous parcours,
Ignorance de la nécessité d’un certificat médical de non contre-indication aux APS.
- Parcours 1 : hésitation à le prescrire.
- Parcours 2 : difficile,
Peu de place pour ce parcours, patients peu nombreux, offres méconnues et limitées,
Les médecins déconseillaient des offres et évitaient de conseiller une offre méconnue,
Ils préféraient déléguer et orienter vers d’autres professionnels.
- Parcours 3 : facile,
Statut de professionnel en APA peu connu,
L’initiateur du contact en parcours 3 était-il le patient ou la coordinatrice ?
- La prescription écrite déplaisait mais se développait.
- Difficulté principale : la gestion du temps.

Encadré 4 – Occurrences de l’item « Difficultés d’initialisation de la prescription »

3.2.5 Suivi de la prescription d'activité physique

- **Consultation de suivi des patients**

La plupart des médecins n'avaient pas revu les patients.

M3 : *“Cela ne fait que quinze jours et j'ai eu huit jours de vacances. Cela ne fait qu'une semaine.”*

M4 : *“C'est beaucoup trop tôt.”*

M5 : *“Je n'ai pas eu de retour, non pas encore.”*

M7 et 8 *hochaient négativement la tête [à la question sur le retour de leurs patients].*

Ceux qui avaient revu les patients n'avaient pas systématiquement demandé leur pratique.

M1 : *“J'en ai revus dans le parcours 1 mais ce sont des patients que je suis tous les mois. (...) En parcours 3, il y en a une que je revois assez souvent et j'ai oublié de lui demander.”*

- **Contacts avec l'offre**

Peu de médecins avaient eu des contacts avec l'offre.

M1, 2, 3, 4 *hochaient négativement la tête [à la question sur le contact avec les associations].*

Mais M1 : *“Siel Bleu m'a appelée pour ma patiente, donc voilà, alors je découvre Siel Bleu.”*

- **Outils de suivi**

Les outils de suivi de la pratique d'activité physique étaient les mêmes que ceux utilisés avant l'expérimentation. Les patients proposaient également eux-mêmes leurs outils.

M8 : *“J'ai une patiente qui a eu à Noël le fameux bracelet qui va avec l'iPad, [qui comptabilise] le nombre de pas qu'elle fait. Ça la motive vachement !”*

Les méthodes de suivi de l'état motivationnel du patient, tels le cycle de Prochaska et DiClemente, étaient peu employées.

Les connaisseurs avaient abordé ce cycle en formation initiale ou continue.

M6 : *“Il y a des générations qui ne l'ont pas eue [cette formation], et dans les études il y a une génération qui l'a [eue]. Le Prochaska et DiClemente, ça fait [maintenant] partie du cursus des études.”*

Leur apprentissage était difficile et les souvenirs anciens.

M7 : *“C'est très compliqué, intégrer [les stades 1, 2, 3] (...), j'ai tout oublié.”*

M8 : *“[La formation] doit dater d'au moins trois ou quatre ans.”*

Pour certains la connaissance de l'entretien motivationnel était indispensable.

M9 : *“On doit être de profession étudiante. Vous allez l'apprendre.”*

M6 : *“Ça m'a ouvert les yeux ! (...) Des médecins se [trompent] en disant « Il faut faire ci, il faut faire ça » s'ils ne savent pas à quel [stade le patient est]. (...) C'est un premier diagnostic qu'un médecin doit avoir. [C'est] une base nécessaire pour toute la médecine !”*

- **Patients suivant la prescription**

Les médecins pensaient que **les patients inclus augmentaient leur activité physique**.

M1 : *“Dans le parcours 1 (...) j'ai l'impression qu'elles se tiennent aux 30 minutes.”*

M2 : *“Oui, ils ont augmenté (...) Le parcours 1, ils essaient de faire un petit peu plus.”*

M5 : *“J'ai l'impression qu'il y a un bon retour et une bonne adhésion au fait de prescrire.”*

M9 : *“En général, ils sont sincères. Si [on leur] demande de faire de l’activité ils le feront, même si elle ne sera pas très régulière.”*

La répartition par sexe des patients suivant la prescription semblait être équilibrée. Les autres caractéristiques typologiques n’étaient pas connues.

M7 et 9 : *“Des hommes.”*

M6 : *“Non moi ... des femmes.”*

Ces patients étaient atteints de pathologies :

M1 : *“excès de poids”*

M2 : *“hypertension, dépression, insomnie, (...) diabète.”*

M9 notait que *“c’étaient des gens qui avant avaient fait du sport, et se sont remis au sport.”*

Les bénéfices de la prescription se ressentaient déjà chez les patients :

M2 : *“[Une patiente] m’a dit : « L’année dernière, vous m’en avez parlé. En janvier, je me suis dit « Allez, une fois par semaine, je fais le retour ou l’aller à pied ». Au bout de quinze jours, elle faisait l’aller et le retour maison-travail à pied, ça voulait dire (...) 35 [km] par semaine, et elle avait perdu (...) 17 ou 20 kg en un an. Et elle était super bien !”*

M9 : *“Deux jeunes diabétiques insulinodépendants : leurs [glycémies] sont très bien, avec les mêmes doses [d’insuline] qu’avant qui étaient inefficaces.”*

M9 : *“L’un qui n’avait aucune motivation s’est inscrit à Pôle emploi pour trouver du travail, « J’ai trouvé une copine sur internet », la relation avec sa mère s’est améliorée. (...) [Un autre avait] un mal de dos qui traînait, (...) en arrêt de travail depuis trois ans. (...) Il a retrouvé du travail sur internet. (...) C’est peu de temps après le sport qu’ils se sont sentis plus actifs, plus motivés, avec la capacité de se projeter dans l’avenir.”*

La prescription sur ordonnance était **une autorisation à la pratique**.

M6 : *“Une [patiente] disait « Je suis agricultrice, je ne vais pas commencer à me balader alors que toutes les voisines vont se dire : Qu’est-ce qu’elle fout celle-là, pourquoi elle ne travaille pas ? Et donc, je ne peux pas. Et grâce à la prescription non seulement je vais le faire, mais je vais aller les voir en disant : Mais, vous aussi, vous devriez le faire ! ».”*

M6 : *“Une autre (...) personne m’a dit : « Mais je ne me l’autorise pas, parce que mon mari travaille, mes enfants travaillent, moi je ne vais pas prendre du repos comme ça alors que eux travaillent, du bon temps. Il n’en est pas question. » Alors je dis « Mais c’est pour votre santé, vous allez changer ». Et là, renversement complet, [elle est] hyper heureuse, hyper détendue (...) C’est comme si on donnait le déclic d’autorisation.”*

• Patients ne suivant pas la prescription

Les médecins identifiaient des motifs de non-suivi de la prescription. Elles étaient propres aux patients et à l’offre d’activité physique :

M6 : *“Les limites physiques, (...) le coût, (...) la limite de l’offre”*

M7 : *“Le temps”*

M9 : *“La motivation, (...) un contexte qui ne leur va pas bien, ni vers la culpabilité ni vers la projection”.*

Elles étaient aussi dues au prescripteur :

M9 : *“Peut-être que je n’ai pas su les motiver assez.”*

- **Influence sur l’ordonnance médicamenteuse**

L’influence sur l’ordonnance médicamenteuse était faible mais présente.

M9 : *“Deux diabétiques insulinodépendants (...) n’ont même plus besoin d’augmenter les doses.”*

- **Relation médecin-malade**

Les médecins ressentait peu consciemment l’évolution de la relation médecin-malade.

M1 : *“Ça ne modifie pas.”*

M2 : *“Pas trop.”*

Mais la relation était personnalisée. Des médecins parlaient de leur propre expérience, ils utilisaient cette relation pour faire adhérer le patient. Le patient pouvait demander au médecin s’il pratiquait lui-même et au sein de quelle structure. Des médecins étaient gênés de conseiller une offre qu’ils ne connaissaient pas, ils ne voulaient pas endommager cette relation.

M1 : *“(Mimant le patient) « Et vous, vous y allez [dans l’offre proposée par le médecin] ? »”*

M3 : *“(Mimant le patient) « Je peux aller avec vous ? »”*

CP : *“On reste un peu dans cette personnalisation de la relation qu’on a avec le patient.”*

Les médecins apprenaient à connaître les situations de vie de leurs patients.

M6 : *“Toutes ces expériences-là, (...) on pensait qu’il fallait tenir un press-book.”*

- Trop tôt pour parler du suivi des patients.
- Un seul médecin avait eu un contact avec l’offre.
- Outils de suivi :
 - Pratique d’activité physique : outils inchangés,
 - État motivationnel (Prochaska et DiClemente) : peu connu, peu utilisé, indispensable.
- Patients suivant la prescription :
 - La plupart des patients inclus,
 - Surtout les hypertendus, dépressifs, insomniaques, obèses, diabétiques, anciens actifs,
 - Bénéfices chez les dépressifs, insomniaques, obèses, diabétiques, en précarité sociale,
 - Autorisation à la pratique.
- Patients ne suivant pas la prescription : dû aux patients, à l’offre, au prescripteur.
- Influence sur l’ordonnance médicamenteuse : faible mais réelle (diabétiques).
- Personnalisation de la relation médecin-malade.

Encadré 5 – Occurrences de l’item « Suivi de la prescription d’activité physique »

3.2.6 Bilan de l'expérimentation

- **Nombre de patients inclus dans l'expérimentation**

Le nombre de patients inclus était faible :

N 1 : *“Cinq pour le parcours 1, (...) deux parcours 3. (...) Je n'en ai eu aucun du groupe 2.”*

M2 : *“Le parcours 3 (...) je dois en avoir deux.”*

M4 : *“J'ai rempli deux questionnaires verts [parcours 3].”*

M7 : *“J'ai inclus une seule personne dans le parcours 3.”*

M8 : *“Je n'en ai que quatre.”*

M9 : *“J'ai envoyé déjà dix [fiches], j'ai dix que je n'ai pas eu le temps d'envoyer.”*

Le nombre de patients ayant refusé l'inclusion était difficile à établir.

M1 : *“Je ne peux pas dire un pourcentage.”*

M4 : *“Deux sur six.”*

Le nombre de patients ayant eu une prescription orale sans inclusion était peu quantifiable.

M4 : *“J'ai deux personnes qui sont en théorie en parcours 1, que je n'ai absolument pas fait rentrer dans [l'expérimentation].”*

Les médecins choisissaient les patients à inclure dans l'expérimentation.

M1 : *“Je les ai choisis.”*

M2 : *“On les choisit.”*

M4 : *“J'en ai refusés trois dans ma tête.”*

Des médecins pensaient que des patients refuseraient de se mobiliser.

M1 : *“Il y en a, je me suis dit « Ouh là là, eux, ils ne voudront pas se bouger, (...) ce n'est même pas la peine que je leur parle de l'étude. »”*

D'autres pensaient que des patients refuseraient de participer à l'étude.

M4 : *“Ce n'était pas sur le fait « Oh non, celui-là, il ne va pas se bouger », mais « Oh non, celui-là il ne va jamais vouloir ... »”*

M2 : *“« ... rentrer dans l'étude ».”*

- **Motivation des médecins pour l'expérimentation**

Les médecins étaient **tous convaincus** des bienfaits de l'activité physique et du rôle du médecin dans sa promotion. L'expérimentation donnait un cadre à cette promotion.

M6 : *“Je n'avais pas cette notion de résultats [sur les] pathologies complètement dingues qu'on a vus après ces études (...) Tous les travaux montrent qu'en fait les médecins croient savoir et ne savent pas ! (...) Ces résultats ont dopé [ma motivation].”*

M5 : *“Revenir aux principes de base de la médecine du sport, préventif, (...) la santé par le sport. En tant que médecin généraliste et médecin du sport, je pense que c'est l'essence même de notre activité de pouvoir conseiller un petit peu. Et j'avais envie d'avoir autre chose à proposer plutôt que leur dire « Mettez vos baskets et allez courir » sans avoir un peu plus réfléchi et travaillé.”*

M8 : *“Je fais beaucoup de marche en montagne, (...) ce sont mes meilleurs moments de ma vie, pour moi c'est une ouverture pour les patients. La nature, la marche, c'est essentiel.”*

M4 : *“C'est vraiment quelque chose de naturel et qui fait partie du bon conseil du médecin, et (...)*

je suis contente déjà simplement d'avoir parlé de ça et d'avoir conseillé ça.”

M1 : *“Cela fait très longtemps que je conseille à mes patients de bouger. Et je me suis dit que, peut-être, avec cette étude, on aura un support un petit peu plus officiel.”*

M3 : *“Oui, exactement, un support.”*

Les médecins participaient par **effet de groupe**, ils étaient **entraînés par un collègue**.

M3 : *“C'est tout bête. Je suis sortie de mon cabinet et je me suis mise en tête-à-tête avec M. Daranda et il m'a dit « On va faire une expérience ! » J'ai dit « Pourquoi pas, c'est intéressant ».”*

M2 : *“Moi aussi un peu. Quand Daranda nous siffle, moi je réponds présente.”*

M7 : *“C'est Pierre.”*

M9 : *“Ce qui m'a entraînée dans cette activité, c'est Pierre qui m'[en] a parlé depuis longtemps, presque un an je pense, peut-être deux.”*

• **Vécu et effets de l'expérimentation sur les médecins**

Les médecins avaient pris conscience de l'importance de l'activité physique et avaient modifié leur pratique médicale.

M5 : *“Je m'intéresse plus à leur quotidien et à comment ils bougent, notamment pour les transports pour aller au travail ou chez eux, etc.”*

M6 : *“J'ai pris conscience (...) qu'il fallait différencier une activité de rééducation sur un rachis qui a souffert et un entretien (...) d'activité physique de tous les jours. (...) Avant, tout ce qui [était] rééducation, ça [faisait] partie d'une logique de traitement, alors qu'en revanche les activités physiques et régulières à conseiller aux patients, ce n'était pas mon truc.”*

Les médecins étaient contents de prodiguer des conseils d'activité physique.

M8 : *“On a l'impression d'avoir ce rôle d'ouvrir un peu, elles sont comme ça (fait des œillères avec ses mains), et d'ouvrir un petit peu (elle écarte progressivement les œillères).”*

La mise en mouvement des patients les satisfaisait et les motivait à poursuivre la prescription.

M2 : *“Deux [patients] (...) se remettent en cause.”*

CP : *“Est-ce que pour vous, justement, ça vous encourage aussi à les motiver à bouger ?”*

M2 : *“Bien sûr.”*

• **Autres points positifs et négatifs pour les patients**

Les patients pouvaient pratiquer dans une démarche collective avec un soutien professionnel.

M4 : *“Ils se rendent compte qu'ils ne sont pas les seuls.”*

M7 : *“Quelqu'un qui revient à 5, [qui] n'était pas prêt à faire de l'exercice (...) Il est rentré dans un groupe dit « de socialisation », c'est-à-dire dans une démarche de groupe avec d'autres autour de sa situation personnelle (...) C'est un groupe de (...) personnes qui touchent le RSA [revenu de solidarité active], et qui existe sur le quartier. (...) Il est un peu plus mobile par rapport à avant.”*

Les dangers de l'activité physique excessive étaient rappelés et surveillés :

M5 : *“la traumatologie et toutes les conséquences néfastes du sport.”*

M9 : *“des cas d'addiction au sport (...), d'épuisement.”*

- Nombre de patients inclus faible :
 - Majorité en parcours 1 et 3,
 - Nombre de refus des patients mal quantifiable,
 - Nombre de prescriptions d'activité physique sans inclusion mal quantifiable,
 - Patients inclus sélectionnés par les médecins.
- Motivation des médecins : bienfaits de l'activité physique, effet de groupe avec incitation des collègues.
- Vécu et effets sur les médecins :
 - Prise de conscience de l'importance de l'activité physique,
 - Modification de la pratique médicale,
 - Satisfaction du rôle de conseiller en activité physique,
 - Encouragement à la poursuite de la prescription.
- Autres points positifs et négatifs pour les patients :
 - Pratique encadrée d'activité physique en collectivité,
 - Dangers de l'activité physique.

Encadré 6 – Occurrences de l'item « Bilan de l'expérimentation »

3.2.7 Propositions pour le déploiement du dispositif de prescription en Savoie

• Modification de l'organisation et des outils

Les réunions d'information complétaient le dossier papier. Leur contenu devrait être simplifié. Elles devraient expliquer les points d'incompréhension identifiés précédemment.

M1 : *“A la réunion (...) on était nombreux et il y avait plein de gens qui compliquaient le truc « Oulala » (...) On n'avait pas eu assez d'éléments sur [le suivi des patients et ce qu'on allait faire de leurs coordonnées].”*

L'évaluation des outils de prescription est détaillée précédemment. Les modifications concerneraient le guide médecin, la fiche de l'offre et le test de Ricci et Gagnon.

• Renforcement des liens pluriprofessionnels

Les médecins devraient idéalement travailler davantage avec l'offre.

M5 : *“Il faudrait que (...) les médecins connaissent par cœur l'offre qui existe, ça nécessite de l'investissement, du temps et d'avoir un réseau comme on a un réseau de confrères. Il faudrait qu'on ait un réseau, qu'on connaisse, de clubs ou des associations de sport.”*

Les inexpérimentés devraient pouvoir adresser les patients à des professionnels **médico-sportifs**.

M8 : *“Je pense que c'est bien de déléguer ce genre de choses. (...) Ça me paraît évident.”*

M5 : *“On pourra proposer une interface : soit un APA, soit un centre de médecine du sport pour de la prévention primaire avec des acteurs de santé qui soient performants là-dedans. C'est un enjeu important mais qui ne doit pas être facile à mettre en place.”*

- **Modification des parcours**

Seulement **deux parcours** existeraient : le **parcours A** dont le public et le mode de fonctionnement correspondraient à ceux du parcours 1, et le **parcours B** qui s'adresserait au public des parcours 2 et 3 et dont le mode de fonctionnement serait celui du parcours 3.

M2 : *“Est-ce que ce ne serait pas plus simple de tout refilet à Lucile ? (...) les 2 et les 3 (...). Je ne ferais que deux groupes : le groupe des valides et le groupe des autres.”*

M1 : *“Que deux groupes, ceux du groupe 2 et 3 passent par la coordinatrice. Le groupe 1, on peut leur conseiller d'aller à la piscine, il y a pas mal de trucs, et sinon ils ont besoin de l'interface.”*

M4 : *“Quelqu'un qui discute avec eux, « Où est-ce que vous pouvez aller ? ».”*

M7 : *“On devrait avoir un accompagnement dès le parcours 2 pour aider à la motivation.”*

Les médecins orienteraient directement tous les patients inactifs à risque ou peu motivés vers les professionnels en APA compétents.

Mais le nombre d'éducateurs APA pour prendre en charge les parcours 2 et 3 serait insuffisant.

M3 : *“On ne peut pas transférer tous les deux [parcours] à elle [Lucile].”*

M5 : *“On ne pourra pas la proposer à tout le monde.”*

- **Intégration du dispositif dans le paysage local**

Il existait un conflit entre différentes structures. L'orientation des patients vers la coordinatrice de l'expérimentation risquait de se substituer à la prise en charge locale.

M7 : *“J'ai joué (...) et je veux bien continuer à jouer le jeu d'envoyer à Lucile, mais on a quand même la prestation de proximité... on peut discuter un peu sur la méthode.”*

Mais la coordinatrice centralisait les données puis orientait les patients vers les professionnels en APA locaux partenaires. Ce lien entre les structures pourrait être renforcé et repensé.

M8 : *“Mais Lucile la renvoie !”*

M7 : *“Oui, c'est juste l'interface de transit, mais éventuellement on pourrait penser qu'on puisse le faire directement, et que ce soit notre APA qui prévienne Lucile de la prise en charge.”*

- **Intégration du dispositif dans une continuité de pratique**

Les patients inactifs pris en charge par un professionnel en APA devraient être réorientés vers des associations classiques. Ce passage devrait être réussi pour la poursuite de l'activité physique.

M7 : *“Il y en a qui me font part (...) d'une intervenante APA, et ensuite orienter vers une autonomie, accompagner les personnes dans un club x ou y, (...) une salle x ou y, avec aussi un accompagnement au démarrage et un relais par la structure qui l'encadrera. (...) On va essayer d'agir sur (...) la remise en lien social.”*

M6 : *“Un gros danger sur lequel il ne faut pas qu'on tombe, c'est de (...) lancer pendant trois à six mois, et après les gens ils retombent, ils sont tout seuls.”*

- Modification des réunions : réunions intéressantes mais complexes et incomplètes,
Modification des outils : guide médecin, fiche de l'offre et test de Ricci et Gagnon.
- Renforcement de la collaboration avec l'offre ou des professionnels médico-sportifs.
- Modification des parcours : créer un schéma à deux parcours A et B,
Parcours A = parcours 1,
Parcours B = patients des parcours 2 et 3, offre du parcours 3,
Orientation de tous les inactifs à risque ou peu motivés vers les professionnels en APA,
Professionnels en APA insuffisants.
- La prise en charge par les professionnels de l'expérimentation devrait se coordonner à la prise en charge locale et non la substituer.
- Le passage de la prise en charge par un professionnel en APA aux associations classiques devrait être réussi pour la poursuite de la pratique d'activité physique.

Encadré 7 – Occurrences de l'item « Propositions pour le déploiement du dispositif de prescription en Savoie »

3.2.8 Propositions pour le déploiement du dispositif de prescription à d'autres professionnels

• Un conseil universel

Les médecins prescrivaient un conseil.

M3 : *« Mais pourquoi l'appelle-t-on une prescription ? C'est un conseil. C'est des choses simples. »*

M7 : *« On prescrit des conseils, les mêmes conseils qui sont marqués sur les affiches, qui sont répétés dans les spots télé en bas ! On dit « Cinq fruits et légumes par jour », (...) « Trente minutes de marche trois fois par semaine », nous c'est tous les jours. »*

Les médecins n'étaient pas détenteurs de ce conseil.

M1 : *« Je ne suis pas pour la réserver aux médecins. »*

M3 : *« Ce conseil n'est pas réservé aux médecins. »*

M1 et M3 : *« Ça ne doit pas rester exclusif. »*

M4 : *« Je ne pense pas qu'on soit détenteurs du conseil de bonne santé. »*

Ce conseil devrait être universellement diffusé.

M3 : *« Il faut que ça s'essaime partout ! Un conseil, tout le monde peut le donner. Même sa voisine : « Allez, on va ensemble, on va bouger ». (...) Même les magazines. (...) Au début d'internet : « J'ai vu ça sur internet, docteur ». »*

M1 : *« Dans les pubs on pourrait le voir : « Bouger 30 minutes ». (...) La télévision ! »*

M3 : *« La télé, pourquoi pas. « Bougez-vous, la vie ! » »*

• Ouverture de la prescription à d'autres professionnels

Les médecins proposaient d'ouvrir la prescription à d'autres professionnels :

– Les médecins spécialistes

M1 : *“Les médecins du travail”*

M2 : *“Le pédiatre”*

M3 : *“Les endocrinos, les cardios (...) tous les spécialistes qui sont concernés”*

M2 : *“A la fin d’une cure [thermale] (...) ils rentrent chez eux puis ils s’allongent...”*

CP reformule : *“On peut impliquer le médecin thermal.”*

M4 : *“Les infirmières scolaires, de l’éducation.”*

CP reformule : *“Les partenaires de la médecine scolaire et du Conseil général de la PMI.”*

– Les pharmaciens

M4 : *“Les pharmaciens.”*

M1 : *“Les pharmaciens ! Des affiches chez les pharmaciens avec des petits trucs [les tests de Ricci et Gagnon]. Les pharmaciens sont déjà de très bon conseil.”*

M3 : *“Ils sont déjà branchés sur les conseils, ils sont payés pour ça, les pharmaciens.”*

– Les professionnels paramédicaux

M4 : *“Les cabinets d’infirmières.”*

M1 : *“Peut-être un kiné ?”*

M7 : *“Le kiné, la diététicienne, ... ”*

– Les laboratoires d’analyses médicales éventuellement

M2 : *“Les laboratoires d’analyses médicales (...) Quand ils donnent une analyse [avec] trop de cholestérol, trop de sucre, ... Mais ce n’est pas le médecin qui donne les résultats.”*

La prescription serait directe ou les patients seraient redirigés vers le médecin traitant.

N 1 : *“[Les médecins du travail] pourraient peut-être faire remplir le test en disant : « Eh bien voilà, allez chez votre médecin traitant, vous voyez, vous avez 15. »”*

M1 : *“[Les clients en pharmacie] demandent au pharmacien : « Ben voilà, j’ai fait le test, qu’est-ce que j’en fais ? » « Eh bien allez voir votre médecin traitant. »”*

- **La responsabilité médico-légale**

Le certificat médical de non contre-indication aux APS était un concept décrié mais important.

Des indications de ce certificat étaient discutables.

M1 et M8 : *“Des fois, on se demande pourquoi ils le demandent. Ce n’est même pas du sport : la sophrologie, (...) le yoga ...”*

M4 : *“On demande des certificats à tour de bras et quelquefois tous les trois mois.”*

M7 : *“Le certificat (...) ça ne sert à rien.”*

Des patients sous-estimaient l’intérêt de ce certificat.

M3 : *“Les patients attendent la fin de la consultation pour demander, parce que pour eux c’est eux que ça embête, ce n’est pas nous. Donc ils font signer comme ça, à la va-vite.”*

M4 : *“Pour beaucoup, un certificat d’aptitude au sport, c’est juste un papier à signer.”*

Mais ce certificat restait apprécié des médecins par ses effets collatéraux.

M4 : *“C’est utile dans beaucoup de cas. (...) C’est souvent l’occasion de voir des gens, les plus*

jeunes, qui ne sont pas malades. (...) *Il y a des banalisations du certificat qui me font peur.*”

M8 : *“Ce qui m’embête dans faire sauter ce certificat, ce sont tous ces enfants qu’on ne voyait qu’une fois par an, on ne va plus les voir.”*

M6 et 7 : *“Là, c’est la consultation de prévoyance. (...) On est plus intéressés par l’effet collatéral.”*

Ce certificat **n’était pas un obstacle à la prescription** et à la pratique d’activité physique (sauf en cas de présence de contre-indications).

Il n’était demandé que pour certaines activités sportives.

M7 : *“Il n’y a aucune contre-indication à la marche.”*

Les paramédicaux pourraient prescrire et adresser les patients aux médecins pour ce certificat.

M1 : *“On a l’habitude ! Quand ils veulent des certificats, ils viennent bien chez le médecin.”*

M3 : *“Ça paraît plutôt logique. C’est ce qui se passe en général.”*

CP : *“Ce certificat [est-il] un frein [à la pratique d’activité physique] ?”*

M1, 2, 4 : *“Non.”*

En l’absence de certificat, la prescription par des professionnels non médicaux posait le problème de la **responsabilité médicale**.

M6 : *“Il y a le problème de la responsabilité de la prescription (...) des infirmiers, kinés, diététiciens, etc. (...) Aujourd’hui, dans notre pays, qui est autorisé à prescrire sauf s’il est délégué, parce que l’ophtalmo a dit à l’orthoptiste que tu peux, que la sage-femme peut prescrire des contraceptifs parce qu’elle est sous la tutelle du gynéco ? (...) Jusqu’où ça va ? C’est en train de bouger.”*

M6 : *“Dans les 2% des pathologies où il y a un accident, parce qu’il a une maladie cardiovasculaire, etc, et puis le kiné dit « Allez-y » : qu’est-ce qui se passe (...) si [le patient] me colle un procès ? (...) Qui est le responsable ? Le médecin, le chef.”*

Mais, selon les autres médecins, l’activité physique conseillée était peu dangereuse.

M8 : *“On ne leur conseille pas forcément la boxe ou du saut en parachute ! Pour moi, c’est de la marche. (...) Là, c’est : « Vivez ».”*

M7 : *“Là, c’est : « Qu’est-ce que vous pensez [pouvoir] faire comme exercice physique, qui vous fasse plaisir, qui ne soit pas une contrainte, que vous vous sentez capable de faire ? Est-ce que vous avez besoin d’une aide (...) pour une démarche que vous avez du mal à faire ? ». C’est tout !”*

La prise de risque faisait partie du métier de médecin. Le rapport bénéfice/risque était favorable.

M7 : *“Si on touche 98% des gens dans notre affaire, on sera très bons !”*

M9 : *“La médecine, comme toute profession, a un risque. Si on [ne prend pas] ce risque, on ne pratique plus.”*

Pour remédier au problème de responsabilité médicale, un médecin proposait de ne pas prescrire mais de rédiger **un conseil sans ordre**.

M7 : *“Notre boulot, ce n’est pas « prescrire », c’est « inciter à ».”*

• Rôle du médecin

Les médecins poursuivraient la prescription ou la délivrance d’un conseil écrit.

Ils recevraient les patients inactifs détectés par les autres professionnels pour la prescription en cas de prescription non immédiate.

Ils détecteraient les contre-indications et établiraient le certificat médical si nécessaire.

M3 : *“Prescription-détection pour ne pas lui faire faire des choses alors qu’il a peut-être des antécédents. (...) Le médecin est là pour détecter les antécédents qui pourraient être un frein s’il est trop motivé.”*

Ils poursuivraient la promotion d’activité physique car leur engagement influençait le patient.

M1 : *“Si toi, en tant que médecin, tu leur dis « Ben, il faut faire ça », ça rajoute ...”*

M3 : *“...ça en rajoute une couche. (...) Ce conseil donne un peu plus de poids car on est médecin.”*

- Conseil universel n’appartenant pas au médecin :
Diffusion large : médias, magazines...
- Prescription par d’autres professionnels :
Médecins spécialistes, pharmaciens, professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmiers, diététiciens), laboratoires d’analyses médicales,
Prescription directe ou indirecte par le médecin traitant.
- Responsabilité médico-légale du médecin :
Certificat de non contre-indication aux APS : intérêts collatéraux, pas un obstacle à la prescription et à la pratique,
Responsabilité médicale de la prescription paramédicale : question posée, mais activités prescrites peu dangereuses, balance bénéfice/risque favorable, conseil écrit sans prescription.
- Rôle du médecin : centralisation de la prescription et/ou du conseil, rédaction du certificat médical de non contre-indication si nécessaire, poursuite de la promotion.

Encadré 8 – Occurrences de l’item « Propositions pour le déploiement du dispositif de prescription à d’autres professionnels »

3.2.9 Propositions pour le déploiement du projet : aspects techniques généraux

• Prise en charge financière

L’activité physique est gratuite.

M1 : *“Ils peuvent marcher, c’est gratuit. (...) Bouger, cela ne coûte rien.”*

M9 : *“Oui, mais marcher à pied, ça n’a pas de coût.”*

Des activités payantes étaient parfois plus attractives. Des patients sédentaires étaient prêts à les essayer mais leur coût était un frein à la prescription.

M3 : *“Le prix, c’est important quand même.”*

CP : *“C’est un frein à la prescription, le budget, le prix d’entrée à la piscine, l’abonnement à la salle de sport ?”*

M1, 2, 3, 4, 5 : *“Oui, ça peut.”*

La gratuité d'une séance était une solution intéressante mais temporaire et insuffisante.

M7 : *“C'est un coup de pouce. (...) Il faut donner un temps pour enclencher les choses.”*

M3 : *“Une séance offerte, je trouve que ce n'est pas beaucoup.”*

Modalités de l'aide financière.

Plusieurs médecins désapprouvaient la gratuité totale de l'activité physique à tous les patients.

M1 : *“Ils abusent déjà. Tout leur est tellement dû (...) Avec un bon de transport pour aller jusqu'au gymnase ? On risque de tomber dans ce piège-là. Je ne dis pas pour tous, mais on risque.”*

M4 : *“Les gens font tellement de choses payantes à côté de cela.”*

M8 : *“La gratuité n'est pas forcément une bonne chose, « Ce qui est gratuit ne vaut rien », etc (...) C'est important de se dire qu'on est acteur de sa santé.”*

La gratuité pourrait être envisagée pour des personnes socialement très défavorisées.

M8 : *“Cela dépend du téléphone qu'ils ont (...). S'ils ont un iPad, là on ne leur offre rien.”*

M4 : *“Ceux qui sont hyper endettés ou socialement très défavorisés.”*

M7 : *“Sur les Hauts de Chambéry dans le cadre du pôle de santé, il y a des prestations de groupe de style relaxation (...) qui sont accessibles gratuitement pour les personnes (...) en grande difficulté médico-sociale.”*

Mais les critères d'obtention de la gratuité étaient difficiles à établir.

M4 : *“Pas forcément [un quotient familial qui fixerait les participations].”*

M6 : *“Il n'y a pas de truc absolu. Je pense que c'est adapté à chaque patient (...) de la motivation.”*

Une aide financière auprès des associations serait préférable à la gratuité.

M4 : *“Des financements à ces associations pour qu'ils fassent des prix moins chers.”*

M1 : *“Que ce ne soit pas directement aux personnes.”*

Les médecins seraient favorables à un remboursement d'une consultation auprès d'un professionnel en APA ou d'un coach et la création de postes de tels professionnels.

M2 : *“La rencontrer une fois [la conseillère] pourrait être dédommagé.”*

M9 : *“Votre idée avec le coach, je pense que c'est très important. (...) Un coach, ça coûte.”*

Pratique payante et pratique sociale.

Les patients payaient des activités nécessitant des installations communes pour être encadrés et adhérer à un groupe. Les activités gratuites étaient souvent pratiquées en solitaire.

M4 : *“Oui, voilà, il marche ! Mais le réseau social n'y est pas.”*

Les patients pourraient pratiquer en groupe, librement ou au sein d'associations gratuites ou peu coûteuses. Les professionnels devraient donner l'idée aux inactifs de former de tels groupes.

M7 : *“Dans notre quartier (...) il y a un groupe de marche qui existe depuis vingt-cinq ans, organisé par des bénévoles en lien avec les centres socio-culturels. (...) Ces patients-là (...) entraînent d'autres dans une activité de marche avec différents niveaux.”*

M8 : *“Lancer un groupe de copines ! (...) Des femmes turques, (...) l'année dernière, s'étaient mises à plusieurs à marcher une heure le matin.”*

Des subventions existaient dans des quartiers précis pour des populations précises.

M7 : *“Sur les Hauts de Chambéry dans le cadre de pôle de santé (...) on a réussi à avoir des*

financements particuliers de l'ARS pour monter un certain nombre de prestations donc de soins collectifs."

D'autres demandes de subvention avaient été effectuées pour poursuivre et développer le dispositif de prescription.

M6 : *"Le dossier étant monté, il y a une demande de subvention, et en fonction de notre travail l'ARS va débloquer des fonds pour aider certaines activités physiques et les prendre en charge. (...) A Strasbourg c'est pris en charge, pas chez nous."*

• Cotation CPAM

La promotion de l'activité physique était une mission de santé publique de tout médecin.

M2 : *"Cela fait partie de la consultation."*

M4 : *"On fait de la médecine générale, donc en fait on en fait [du dépistage]."*

La prescription s'ajoutait au motif de consultation.

Les médecins pouvaient oublier d'aborder l'activité physique.

M6 : *"Je suis hyper concerné là-dedans, mais quand j'ai un patient qui vient, c'est sa pathologie qui prime, et j'oublie complètement ! (...) Il n'est pas rentré encore dans nos réflexes de médecin de prescrire."*

La prescription prenait du temps.

M7 : *"C'est souvent dans des situations médicosociales compliquées, où il faut débrouiller, où il faut passer vachement de temps."*

M8 : *"Il faudrait carrément l'anticiper au moment du RDV (...) pour pouvoir prendre plus de temps."*

Une consultation dédiée serait appréciée.

M7 : *"Il faut (...) consacrer une consultation autour de ça."*

M6 : *"Quand il y a un cas difficile, tu dis : « Ça, ça nécessite une consultation dédiée »."*

M9 : *"Ça prend le prix d'une consultation. Parce que je leur donne tous les détails, je leur parle de leur pathologie, en quoi leur pathologie peut être améliorée par l'activité physique. Je leur fais même des dessins de la physiologie du corps et de l'anatomie pour leur expliquer."*

Des médecins seraient favorables à une reconnaissance par la CPAM de la prescription d'activité physique. Une tarification spécifique auprès de la sécurité sociale avait été demandée.

M1 : *"On n'aura jamais une reconnaissance par la CPAM, il ne faut pas rêver. (...) Il faudrait que ce soit cumulable ! (...) On peut toujours le demander quand même."*

M5 : *"Il va peut-être y avoir une cotation prochainement."*

M6 : *"La CPAM a prévu un C2."*

Certains ne seraient pas favorables à cette cotation.

– Ils désapprouvaient le système de cotation dans son ensemble.

M1, 2, 3, 4 : *"Bof ..."*

M1 et 4 : *"Un codage de plus dont je ne me servirai pas ..."*

M2 : *"On va repartir sur le sport dans le même tracé, moi pas."*

– Les consultations dédiées n'étaient pas toujours bien organisées.

M1 : *“Ça ne va pas parce qu'ils viennent toujours pour autre chose.”*

M4 : *“Quand on voit déjà les consultations dédiées (...) de l'hémocult... En général l'hémocult arrive après que j'ai déjà trois sujets d'intervention sur ma consultation, et c'est le quatrième, et en théorie [le patient] ne doit venir que pour ça.”*

Des solutions pour mieux réguler les consultations dédiées étaient avancées :

M4 : *“Un bon comme pour la vaccination. Ils reçoivent par la sécurité sociale : Bon pour aller faire une consultation sur « Bougez-vous, sport ». (...) Le bon annuel. (...) On tamponne et ils nous versent [une indemnité].”*

M1 : *“Une gratification tamponnée. (...) Un bon tous les deux ans.”*

• Logiciels médicaux

Les médecins appréciaient l'ordinateur pour réaliser l'ordonnance.

M1 : *“C'est pratique, tchac.”*

M7 : *“Avec l'ordinateur ça dure moins longtemps maintenant, tu tapes, ça sort !”*

M5 souhaiterait renseigner systématiquement un score de sédentarité dans les antécédents :

“Je milite pour qu'il y ait un score « activité physique » (...) qu'on devrait rentrer obligatoirement comme les antécédents (...) et qu'on puisse l'intégrer directement dans tous les logiciels médicaux.”

• Formation des professionnels

Des médecins s'estimaient formés à la prescription d'activité physique.

CP : *“Vous estimez que vous êtes suffisamment formés avec les réunions d'information ? Dans la nécessité de faire une activité physique, dans les conseils d'orientation ? Pour faire des réseaux ?”*

M1 : *“Oui (petite voix).”*

M4 : *“Ben même sans ! (...) Pour ça, on est assez formés je pense.”*

M3 : *“On est convaincus, je crois.”*

M1, 3, 4 : *“Non, non, [on ne veut pas de formation].”*

Certains aimeraient une formation sur des thèmes précis :

M7 : *“Comprendre le test de Ricci et Gagnon. (...) Et la secrétaire [qui distribue ce test] : qu'elle soit aussi un petit peu branchée sur cette démarche-là [pour] présenter au minimum le papier.”*

M6 : *“L'adaptation aux pathologies.”*

M8 : *“L'entretien motivationnel.”*

M9 : *“Le suivi dans le temps. (...) J'aurais préféré faire la formation parce que j'aime bien être indépendante.”*

Des médecins trouvaient la prescription trop spécifique pour se former.

M7 : *“Ce n'est pas nous qui allons faire ça.”*

M6 : *“C'est spécialisé.”*

Pour les médecins et autres professionnels de santé motivés, une formation continue serait prochainement créée à l'université de Grenoble.

M6 : *“Il y a un DU Activité physique et santé qui s'ouvre à Grenoble. (...) C'est Michel Guinot qui lance ça.”*

- Gratuité de l'activité physique :
 - Pour certains patients uniquement (socialement défavorisés),
 - Aides financières auprès d'associations, de coach et professionnels en APA,
 - Groupes de pratique,
 - Demandes de subventions.
- Promotion et prescription de l'activité physique : missions de santé publique du médecin mais oubliées ou négligées (autres motifs de consultations),
 - Consultation dédiée avec reconnaissance par la CPAM si bien organisée,
 - Bon de consultation.
- Les logiciels médicaux : programmation de la prescription, score de sédentarité.
- Les médecins s'estimaient formés à la prescription d'activité physique,
 - Formation supplémentaire : compréhension du test de Ricci et Gagnon, adaptation aux pathologies, suivi dans le temps, entretien motivationnel,
 - Formation des secrétaires distribuant les tests de Ricci et Gagnon,
 - Délégation plutôt que formation,
 - DU Activité physique et santé à Grenoble.

Encadré 9 – Occurrences de l'item « Propositions pour le déploiement du projet, aspects techniques généraux »

Discussion

4.1 Résultat principal

Par leur participation active et spontanée aux réflexions, les médecins voulaient aider à résoudre leurs difficultés de prescription. Si certains faisaient déjà la promotion voire la prescription de l'activité physique, ils utilisaient rarement des outils et collaboraient peu avec leurs collègues médico-sportifs. La mise en place de la prescription dans la pratique quotidienne prenait trop de temps. Bien qu'ils fussent motivés, ils comprenaient mal les subtilités du protocole. Ils souhaitaient déléguer l'adaptation de la prescription et le suivi des patients non autonomes, à l'image des expérimentateurs de Strasbourg, de Midi-Pyrénées ou de Champagne-Ardenne. Ils souhaitaient ouvrir la prescription à d'autres professionnels de santé à Chambéry puis en Savoie. Ils ont émis des pistes de réflexion sur l'amélioration des outils, la prise en charge financière par une consultation dédiée et leurs besoins de formation. Elles sont analysées au cours de cette discussion.

4.2 Forces et faiblesses de l'étude

- **Forces de l'étude**

Ce travail avait une **utilité** certaine. La sédentarité est un problème de santé publique en plein essor. Chambéry a été choisie comme ville pilote pour développer le réseau « Sport santé bien-être » rhônalpin. La mise en place du dispositif de prescription nécessitait cette étude pilote expérimentale.

Cette thèse était réalisée en **collaboration** avec le comité de pilotage et le comité technique de Chambéry. Le protocole était validé par ces groupes avant sa mise en place.

La **validité interne** était obtenue par la soumission de la grille d'entretien au comité de pilotage et à la double lecture des données analysées. Les résultats ont été présentés aux médecins expérimentateurs qui ne les ont pas démentis.

La **validité externe** n'était pas strictement garantie puisque le protocole ne permettait pas la saturation des données. Mais lors des entretiens, les difficultés étaient partagées par tous et donc probablement ressenties par la plupart des médecins chambériens prescripteurs d'AP. Le

médecin expérimentateur absent des focus-groups et présent en juin n'avait pas émis de nouvelles difficultés. Les difficultés rencontrées à Chambéry étaient en accord avec celles citées dans la littérature.

Une force de l'étude était liée au **choix du recueil des données**. Par les focus-groups, les médecins avaient partagé et parfois résolu leurs difficultés. Ils s'étaient automotivés pour l'expérimentation.

Une force était la **limitation des biais** présentés ci-dessous.

- **Biais de l'étude**

Il existait des **biais internes** par l'origine non chambérienne des chercheurs qui ne connaissaient pas la population et les particularités d'exercice médical de cette ville. Ils étaient limités par la reformulation du discours des patients par le chercheur pour en vérifier la bonne compréhension.

Les **biais externes** étaient dus à la présence de médecins du comité de travail dans les focus-groups. Ils étaient limités par l'absence volontaire d'autres membres du comité de travail.

Il pouvait exister des **biais de sélection** même s'il s'agissait d'une étude qualitative. Un des objectifs de l'étude était de réussir le déploiement du dispositif de prescription aux médecins chambériens et savoyards. Or les médecins volontaires n'étaient pas représentatifs de cette population cible.

Du fait d'un échantillon fermé de médecins volontaires, l'échantillonnage n'a pas pu être raisonné par les variables sociodémographiques.

Les médecins motivés par l'expérimentation éprouvaient sans doute moins de difficultés que la population cible pour apprivoiser le projet.

Les difficultés des perdus de vue et non répondants n'ont pas été explorées.

Il existait des **biais d'investigation**.

Un biais était lié à la technique de recueil en focus-groups. Des médecins pouvaient avoir des réticences à exprimer des idées personnelles.

Le biais d'une grille d'entretien inadaptée était limité par la présence de questions ouvertes.

Un biais de prévarication était présent. Les chercheurs insistaient pour que les médecins réfléchissent et trouvent des difficultés de prescription. Des difficultés exprimées par des médecins pouvaient être confirmées par d'autres à tort pour satisfaire les chercheurs.

Le biais de mémorisation existait mais était limité car les focus-groups avaient eu lieu rapidement après le début réel des premières prescriptions.

Le biais lié à la qualité des données était diminué par le double enregistrement audio et vidéo.

Le **biais d'interprétation** était présent mais diminué par la double lecture des données.

Le lancement expérimental en hiver induisait un **biais saisonnier**.

L'incidence des gastro-entérites aiguës et des gripes était élevée. Les médecins généralistes étaient surchargés. Les patients consultaient pour ces pathologies contre-indiquant l'activité physique. Ils ne reconsultaient pas ou oubliaient d'honorer la prescription après leur guérison.

Les patients étaient peu motivés à pratiquer de l'AP par les conditions météorologiques hivernales. Ce biais était limité par les activités hivernales nombreuses de ce département montagnard.

La recrudescence de campagnes de promotion de l'activité physique créait un **biais environnemental**. Elles incitaient les patients et les médecins à adhérer à l'expérimentation.

- **Autres faiblesses de l'étude**

La **recherche bibliographique** était effectuée à plusieurs reprises mais les publications d'articles scientifiques sur la promotion et la prescription d'activité physique sont quotidiennes. L'étude ne pouvait pas prendre en considération les données les plus récentes. Aucune veille documentaire passive n'avait été effectuée.

L'étude chambérienne a été comparée à d'**autres études**. Les rapports des protocoles d'eFORMip et de Champagne-Ardenne ne comportaient pas toutes les données nécessaires. Des compléments partiels d'information étaient obtenus auprès des responsables de projets par entretiens téléphoniques sans confirmation écrite. Ces responsables n'ont pas validé l'exactitude des données utilisées dans la discussion.

Avec 9 médecins présents aux focus-groups sur 14, la **participation** était correcte mais faible pour des médecins volontaires .

Le **délai d'un mois** entre la réunion de lancement du projet et le début de la prescription pouvait diminuer la motivation des médecins. L'ancienneté des explications diminuait la compréhension du protocole et des outils de prescription.

Les focus-groups étaient réalisés un mois après la date initialement prévue. Ce **retard** était lié au retard du lancement de l'expérimentation suite aux difficultés organisationnelles. La faiblesse de cette déviation au protocole était compensée par la force de l'augmentation ainsi induite du nombre de prescriptions.

Les focus-groups étaient même plutôt **trop précoces** par rapport au début de l'expérimentation. Les médecins n'avaient pas inclus beaucoup de patients, ils avaient peu de données de suivi. Cette faiblesse a été compensée par la réunion en fin d'expérimentation, mais celle-ci restait secondaire et de moindre niveau méthodologique (réunion en groupe avec présence du comité technique).

Les entretiens téléphoniques de février constituaient une **pré-étude** non prévue a priori. Les médecins étaient invités à réfléchir à leurs difficultés de prescription. Des réponses leur étaient apportées. Ces entretiens influençaient la participation aux focus-groups.

Aucune **définition** n'était rappelée lors des focus-groups. Les termes de promotion, prescription et ceux liés à l'activité physique n'avaient peut-être pas la même signification pour tous les médecins.

Une faiblesse était liée à la **formulation du titre** de l'étude. Les nombreuses difficultés laissent penser que les médecins étaient découragés, que l'expérimentation était mal construite et que le déploiement du dispositif devrait être ajourné. Certes ces difficultés étaient présentes et nécessitaient leur résolution. Cependant seules étaient recherchées les difficultés de prescription, et non la perception de l'expérimentation par les médecins. Si cette dernière question avait été formulée, les prescripteurs auraient probablement davantage exprimé les aspects positifs de l'expérimentation.

4.3 Des difficultés partagées par d'autres expérimentateurs

Les médecins rencontraient des difficultés retrouvées dans d'autres expérimentations, notamment midi-pyrénéenne [131, 132], champardennaise [130, 133] et strasbourgeoise [134, 135].

4.3.1 Promotion de l'activité physique et prise en charge pluridisciplinaire avant l'expérimentation

- **Freins des patients à l'activité physique**

Les médecins énuméraient les freins principaux retrouvés dans d'autres études sans en identifier de nouveaux. S'ils ne citaient pas explicitement le manque de motivation et de plaisir, l'absence d'accompagnant, la peur de se blesser et les obligations familiales, ils les sous-entendaient. Ils ne mentionnaient par contre pas le manque d'infrastructures.

Les médecins des Hauts de Chambéry étaient particulièrement confrontés à des freins culturels. Leur poids important se retrouvait dans d'autres expérimentations comme à Strasbourg, chez les femmes d'origine maghrébine ou subsaharienne. Selon une bénéficiaire strasbourgeoise originaire du Maghreb, le sport « *c'était pas dans la tradition à l'époque, dans la culture, les hommes peut-être oui, maintenant et tout, mais pas les femmes ! Surtout pas les femmes. Je veux dire faire du vélo, heu... [...] Y avait une superbe piscine, y avait que les hommes qui y allaient, les femmes n'y allaient pas...* ». Les immigrées délaissaient la marche pour les transports en commun. Elles ne savaient souvent ni nager ni faire du vélo. La prise de poids était appréciée car elle témoignait d'un niveau de vie aisé [134].

4.3.2 Initialisation de la prescription en pratique

- **La prescription sur ordonnance**

Les médecins ne suivaient pas les recommandations de rédaction de la prescription puisque la nature et l'intensité n'étaient pas mentionnées. Nous ne savons pas si ces habitudes de prescription incomplète étaient fréquentes dans les expérimentations similaires. Nous ne connaissons pas en effet leurs consignes précises de rédaction, nous savons uniquement que les médecins disposaient parfois de modèles d'ordonnance (Tableau 7).

4.3.3 Évaluation des outils de prescription

Le comité technique chambérien avait choisi le test d'évaluation du niveau d'activité physique le plus utilisé dans les expérimentations de prescription (Tableaux 8, 9). En Champagne-Ardenne, l'outil principal était le Questionnaire d'aptitude à l'activité physique (Q-AAP). Le test de Ricci et Gagnon et le questionnaire de Marshall étaient cités secondairement. Mais ce choix était remis en question puisque un des objectifs de la mission « Sport santé » de Champagne-Ardenne était d'éventuellement modifier les outils pour les harmoniser sur le territoire régional puis national [130].

Selon un médecin, le test de Ricci et Gagnon était facilement faussement interprétable car le score minimal n'était pas 0 mais 9. Sa gêne était peut-être personnelle. De nombreux professionnels médicaux et paramédicaux avaient en effet l'habitude de travailler avec des scores non nuls comme

Tableau 7 – Modalités de la prescription dans différentes expérimentations de prescription d'activité physique

	Midi-Pyrénées	Champagne-Ardenne	Strasbourg	Chambéry
Prescription	Médecin du réseau	Tout médecin	Médecin du réseau labellisé	Médecin de l'expérimentation
Formation du médecin prescripteur	Obligatoire	Facultative	Obligatoire	Réunions d'information
Objet de la prescription	Activité physique	Bilan médico-sportif	Activité physique	Activité physique
Modèle d'ordonnance	Ordonnance préremplie	Pas de modèle d'ordonnance	Ordonnance préremplie	Pas de modèle d'ordonnance
Certificat de non contre-indication aux activités physiques	Certificat de NCI aux APA systématique	Certificat de NCI aux APA sécurisées progressives systématique Certificat de NCI à une APS spécifique uniquement si nécessaire	Certificat de NCI aux APA	Certificat de NCI aux APS systématique pour les parcours 2 et 3 en théorie, en pratique uniquement si l'association sportive le demande
Intervention de professionnels paramédicaux	Tous : information, éducation thérapeutique Plus spécifiquement : Masseur-kinésithérapeutes : remise à niveau Infirmiers et pharmaciens : participation au suivi Diététiciens : accompagnement nutritionnel Psychologues : accompagnement psychologique Podologues : participation spécifique	Réorientation vers le médecin ou les professionnels du réseau	Réorientation vers les médecins	Pas dans cette première phase expérimentale

APA : activité physique adaptée ; APS : activité physique et sportive ; NCI : non contre-indication.

Sources : [130, 131, 132, 133, 134, 135].

Tableau 8 – Outils de la prescription dans différentes expérimentations de prescription d'activité physique 1/2

		Midi-Pyrénées	Champagne-Ardenne
Médecin	<i>Public cible</i>	1. « Publics à besoins spécifiques » - Personnes âgées - Personnes en situation d'obésité - Porteurs de maladies chroniques : diabète, cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires chroniques (bronchopneumopathie chronique obstructive) 2. « Autres publics prioritaires » - Femmes enceintes et petite enfance - Publics scolaires et universitaires - Publics en entreprises - Personnes en situation de handicap - Personnes sans emploi - Personnes exclues ou en situation précaire et personnes en milieu carcéral - Grand public	Inactifs physiques
	<i>Niveau d'activité physique</i>	Non	Q-AAP (Test de Marshall, Test de Ricci et Gagnon) si non fait par l'éducateur médico-sportif
	<i>Motivation</i>	Non	Non spécifié
	<i>Autre</i>	Non	Autres tests si non faits par l'éducateur médico-sportif
Coordinateur	<i>Type de professionnel</i>	Administrateur du réseau	Educateur médico-sportif
	<i>Niveau d'activité physique et condition physique</i>	Test évaluation forme : Equilibre sur une jambe (équilibre statique) Flexion du tronc en avant (souplesse avant debout) Mesure de la force isométrique des muscles de la main et de l'avant bras (force de préhension) Test debout - assis 30 secondes (force au niveau des membres inférieurs) Test 6 minutes marche (aptitude d'endurance) Indice de masse corporelle Q-AAP Egalement Test de Ricci et Gagnon	Q-AAP (Test de Marshall, Test de Ricci et Gagnon) si non fait par le médecin traitant
	<i>Motivation</i>	Non spécifié	Non spécifié
	<i>Qualité de Vie</i>	SF-36	SF-36
	<i>Autre (fragilité sociale, état de santé)</i>	Non spécifié	Oui

Q-AAP : Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique ; SF-36 : The Short Form (36).

Sources : [130, 131, 132, 133].

Tableau 9 – Outils de la prescription dans différentes expérimentations de prescription d'activité physique 2/2

		Strasbourg	Chambéry
Médecin	<i>Public cible</i>	Sédentaires et : - obèses (IMC 30 - 35), diabétiques non insulino-dépendants, ou atteints de pathologies cardiovasculaires stabilisées (hypertension artérielle, coronaropathie, cardiopathie) - à partir d'octobre 2013 : ATCD cancer du colon ou du sein stabilisés	Inactifs physiques
	<i>Niveau d'activité physique</i>	Non	Test de Ricci et Gagnon modifié
	<i>Motivation</i>	Non	Arbre diagnostique
	<i>Autre</i>	Non	Non
Coordinateur	<i>Type de professionnel</i>	Educateur sportif	Coordinateur unique professionnel en APA, qui réoriente vers d'autres professionnels en APA
	<i>Niveau d'activité physique et condition physique</i>	Test de Ricci et Gagnon Testing musculaire des membres inférieurs Test d'équilibre en appui monopodal Test de marche de 6 minutes (Podomètre) Compteur de vélo Carnet de suivi	Entretien sans test physique
	<i>Motivation</i>	Prochaska en 5 questions : dans le carnet de suivi	Non
	<i>Qualité de Vie</i>	SF-36 : pour certains patients uniquement (dans le cadre de thèses)	Non
	<i>Autre (fragilité sociale, état de santé)</i>	Non	Non

APA : activité physique adaptée ; ATCD : antécédents ; IMC : indice de masse corporelle ; SF-36 : The Short Form (36).

Sources : [134, 135].

l'échelle de Glasgow. Le test de Ricci et Gagnon non modifié - dont le score s'échelonne de 8 à 40 - était utilisé à Strasbourg sans difficulté.

4.3.4 Difficultés d'initialisation de la prescription

Les difficultés d'initialisation de la prescription étaient propres aux médecins chambériens puisque le schéma expérimental différait selon les expérimentations (Tableaux 7, 8 et 9). Les problèmes d'utilisation du test de Ricci et Gagnon, fréquemment rapportés à Chambéry, n'étaient pas rencontrés à Strasbourg. Les médecins strasbourgeois dépistaient les patients atteints de pathologies chroniques qui pouvaient bénéficier d'AP sans appliquer un critère précis de sédentarité. Le test de Ricci et Gagnon était réalisé secondairement par l'éducateur médico-sportif, spécialement formé, qui pouvait consacrer 60 minutes pour le bilan initial de chaque patient. Les médecins n'éprouvaient pas la difficulté du choix de l'offre du parcours 2 puisque tous leurs patients étant adressés à l'éducateur médico-sportif.

La plupart des difficultés rapportées dans la littérature étaient ressenties par les médecins chambériens : le manque de temps du médecin pour conseiller et encourager le patient, de connaissances sur l'entretien motivationnel et la prescription de l'AP, de formation, de remboursement des soins, et le motif de consultation différent. Des médecins ressentaient une surmédicalisation des activités de loisir avec le parcours 1. Ils percevaient par contre partiellement l'efficacité de leur prescription.

4.3.5 Suivi de la prescription d'activité physique

Les modalités du suivi de la prescription dans différentes expérimentations sont présentées dans le tableau 10.

- **Consultation de suivi des patients**

Les médecins chambériens n'avaient pas de consigne de suivi, et à deux mois du début de l'expérimentation ils n'avaient généralement pas revu leurs patients. Les médecins strasbourgeois n'avaient pas non plus de consigne de suivi. Dans cette ville, la fréquence des consultations chez le médecin prescripteur était en moyenne de 3,7 en 6 mois (de 0 à 12) chez les patients étudiés par Florent Herzog [135].

- **Contacts avec l'offre**

Les médecins avaient peu de contacts avec l'offre. Dans d'autres expérimentations, ces liens étaient établis mais assez distendus en pratique. En région Midi-Pyrénées, l'éducateur eFORMip pouvait prendre contact si besoin avec le médecin prescripteur mais ce contact n'était pas systématique. Dans l'expérience strasbourgeoise, les médecins recevaient des courriers électroniques des éducateurs sportifs sur l'évolution de la pratique sportive de leurs patients. Cependant ils n'avaient souvent pas le temps de lire ces courriels, et ils ne cherchaient pas à rencontrer l'offre sportive [134]. En Champagne-Ardenne, l'éducateur médico-sportif faisait le lien entre le médecin et l'offre d'activité physique. Il était la personne contact du médecin. Médecin et éducateur médico-sportif communiquaient via l'outil de liaison qui appartenait au patient et dans lequel ils notaient les éléments de suivi du patient.

Tableau 10 – Suivi de la prescription dans différentes expérimentations de prescription d'activité physique

		Midi-Pyrénées	Champagne-Ardenne	Strasbourg	Chambéry
Professionnel	Type de suivi				
Médecin	<i>Objectif de suivi</i>	Non défini	S'assurer du suivi du programme Rechercher des signes d'inadaptation Constater l'évolution positive des indicateurs de suivi (équilibre du diabète, ...)	Test de Ricci et Gagnon Podomètre Compteur vélo Prochaska en 5 questions	Non défini
	<i>Fréquence</i>	Trimestrielle	Consultations de renouvellement d'ordonnance Bilan annuel	Non défini	Non défini
	<i>Support de suivi</i>	Dossier de suivi	Page Sport-santé du dossier partagé ou Dossier médical personnel Pass'Sport-santé ou Pass'Bien-être renseigné par l'équipe pluri-professionnelle Par entretiens téléphoniques	Carnet de suivi	Non défini
Coordinateur	<i>Objectif de suivi</i>	Tests de condition physique	Non défini	Test de Ricci et Gagnon Podomètre Compteur vélo Prochaska en 5 questions	Pratique d'activité physique Ressenti des patients
	<i>Fréquence</i>	Trimestrielle	Bilan annuel sur demande du médecin traitant	Non défini en début d'expérience Puis à 1 mois	Suivi à 3 mois maximum après l'inclusion du patient Bilan 4 mois et demi après le début de l'expérimentation Puis suivi indéterminé
	<i>Support de suivi</i>	Dossier de suivi	Pass'Sport-santé ou Pass'Bien-être	Carnet de suivi	Questionnaires Supports d'entretien
Associations sportives	<i>Support de suivi</i>	Non renseigné	Non renseigné	Carnet de suivi	Aucun

Sources : [130, 131, 132, 133, 134, 135].

- **Patients suivant la prescription**

Les médecins pensaient que la plupart des patients suivaient la prescription. Ils étaient parfois témoin des premiers effets de l'activité physique. Ils connaissaient peu les caractéristiques typologiques des patients. Ils ne connaissaient pas les activités physiques les plus appréciées et n'arrivaient ainsi pas à orienter leurs nouveaux patients indécis vers ces activités à succès.

Les données du comité technique obtenues en fin d'expérimentation apportent des compléments d'informations. En parcours 2, 10 des 25 patients inclus n'avaient jamais contacté les structures sportives, et 8 avaient bénéficié de leurs prestations. Seules 6 structures sur les 22 engagées avaient accueilli des patients, sans qu'aucune difficulté ressentie par l'offre ne puisse expliquer cette faible sollicitation. En parcours 3, 5 des 23 patients n'avaient jamais répondu aux prises de contact de la conseillère, et 15 avaient bénéficié d'un entretien individualisé.

Dans la littérature, 27% des patients orientés vers un programme d'AP ne prenaient jamais contact avec la personne ressource, et parmi les 73% restant, seuls 34 à 46% poursuivaient le programme jusqu'à son terme [120, 141]. Ainsi le taux de prise de contact des patients du parcours 2 était très faible. Si celui du parcours 3 était supérieur au taux attendu, celui des patients bénéficiant d'un bilan initial était faible. Le parcours 2 avait bien le moins de succès.

D'après les données du comité technique en fin d'expérimentation, les patients inclus avaient en moyenne 53 ans. Ils étaient surtout atteints d'obésité puis d'anxiodépression. La fréquence des pathologies des patients de chaque parcours (46 patients du parcours 1, 22 patients du parcours 2, 18 patients du parcours 3) est représentée sur le tableau 11. Les activités choisies par les patients du parcours 2 étaient la gymnastique douce, la marche, le vélo, la natation et le qi gong. En parcours 3, il s'agissait de la randonnée, la remise en forme athlétique, la vélo-école et la pratique autonome de marche, vélo et natation.

Ces données peuvent être partiellement comparées et sont souvent proches de celles de l'expérimentation strasbourgeoise. Les patients avaient en moyenne 51 ans [134]. Les scores de Ricci et Gagnon étaient d'autant plus améliorés que le nombre de séances était important. Les patients avaient une meilleure qualité de vie avec une diminution de la douleur physique [135], des troubles du sommeil et de la mémoire. Rapidement ou après quelques mois, les patients avaient un sentiment général de bien-être, ils perdaient parfois plus de dix kilos en trois mois, ils amélioraient leur alimentation et leur hygiène de vie [134]. Selon Florent Hertzog, *“les activités les plus plébiscitées (...) étaient la marche nordique, le VelHop [Velo'V strasbourgeois], les cours de vélo pour débutants, la gymnastique en salle et l'aviron. La natation et l'aquagym ont eu peu de succès, tout comme le fitness et la gymnastique en plein air. (...) Si les pratiques douces sont le type d'activité le plus proposé (à 76% des patients), seuls 7% s'y sont effectivement rendus (ratio de 0,1). A l'opposé, les activités de marche organisées par le Club Vosgien ont été plus souvent pratiquées que proposées (ratio de 2,5). Ceci s'explique par le fait que la proposition a parfois été effectuée après le rendez-vous initial, à l'occasion d'une autre activité”* (Tableau 12). Les activités à succès ne nécessitaient pas forcément des infrastructures. Les patients appréciaient la marche en groupe et l'apprentissage du vélo qui leur donnaient une autonomie dans les déplacements.

La similitude des résultats des deux villes renforce la validité externe des données savoyardes. Les médecins chambériens pourraient s'aider des données strasbourgeoises pour améliorer l'adap-

Tableau 11 – Pathologies des patients de chaque parcours de soin en fin d'expérimentation

	Parcours 1	Parcours 2	Parcours 3	TOTAL
Surpoids	21	8	11	40
Anxiodépression	11	8	5	24
Diabète	4	3	6	13
Hypertension artérielle	4	3	5	12
Invalidité et handicap	4	2	5	11
Tabagisme	4	4	0	8
Dyslipidémie	4	2	1	7
ATCD familiaux d'accidents cardiovasculaires	4	2	0	6
Cancer	2	1	1	4
Troubles des liens sociaux	0	2	2	4
ATCD personnels de maladies cardiaques	0	1	2	3
Précarité sociale	57 0	0	2	2
Troubles de l'attention	0	0	1	1
Abus de toxicomanie	0	0	0	1
Ostéoporose	1	0	0	1
Déficiences physiques	0	0	1	1
Autre	12	11	10	33

4.2.3 Succès relatif des différentes activités

Afin de savoir quelles sont les activités qui ont été le plus plébiscitées par les participants, nous avons comparé la fréquence avec laquelle ces activités étaient proposées, lors de l'entretien

initial, avec la fréquence de participation effective [Tableau 4]. La participation est celle déclarée par le patient et tient uniquement compte du fait d'avoir participé à l'activité ou non,

Tableau 12 – Succès relatif des activités physiques de l'expérimentation strasbourgeoise « Sport santé sur ordonnance »

Type d'activité	Fréquence de proposition au départ	Fréquence de participation effective	Ratio participation/proposition
Marche (Club Vosgien)	7%	19%	2,5
Marche nordique	28%	20%	0,7
VelHop	35%	20%	0,6
Vélo pour débutants	33%	17%	0,5
Pratiques douces	76%	7%	0,1
Natation	54%	9%	0,2
Natation débutants	28%	4%	0,1
Aquagym	19%	0%	0,0
Gymnastique en salle	39%	20%	0,5
Gymnastique plein air	9%	2%	0,2
Fitness	54%	9%	0,2
Aviron	33%	17%	0,5

Sources: Herzog F. Étude de 65 patients inclus dans l'expérimentation strasbourgeoise « Sport Santé sur ordonnance ». Évolution du niveau d'activité physique et de la qualité de vie après 6 mois [135].

On constate que si les pratiques douces sont le type d'activité le plus proposé (à 76% des patients), seuls 7% s'y sont effectivement rendus (ratio de 0,1). A l'opposé, les activités de

marche organisées par le Club Vosgien ont été plus souvent pratiquées que proposées (ratio de 2,5). Ceci s'explique par le fait que la proposition a parfois été effectuée après le rendez-vous

tation de leurs propositions d'activité physique, avec précaution.

- **Patients ne suivant pas la prescription**

Tous les motifs de non suivi de la prescription cités par les médecins se retrouvent dans la littérature. Les médecins ne rapportaient pas de causes supplémentaires originales ou inhérentes à des contraintes locales.

Certains motifs ont été particulièrement vérifiés à Strasbourg, comme l'éloignement de la structure d'AP par rapport au domicile ou au lieu de travail. Le taux de participation des patients strasbourgeois habitant les quartiers proches du centre de rencontre avec l'éducateur médico-sportif était le plus important [134].

Pour diminuer le nombre de patients ne suivant pas la prescription, quatre facteurs favorisant l'engagement des patients ont été identifiés à Strasbourg [134] :

– L'accès gratuit aux APS :

La quasi-totalité des personnes interrogées jugeaient ce facteur « *important* » voire « *déterminant* ». Selon un bénéficiaire, « *c'était le facteur qui m'a permis de recommencer, sinon j'aurais recommencé mais peut-être un peu plus tard* ».

– Le soutien de l'accompagnement :

Lors de l'entrée en activité, les patients étaient accompagnés par les médecins et éducateurs sportifs. Certains souhaitaient poursuivre ce suivi dans la durée car en cas de « *baisse de forme (...) ça peut motiver* ». Cet accompagnement devait être dosé pour maintenir l'autonomie sans devenir de l'assistance.

– La gestion des stigmates par la pratique collective :

Selon un bénéficiaire, « *si on repart d'un point zéro, il vaut mieux être entre personnes souffrant de quelque chose. Le temps que la personne réussisse à remettre son corps dans l'espace et se dise que, quoi qu'il arrive, elle est normale pour pouvoir aller ensuite, (...) ça permet de reprogresser de manière normale.* »

– Les enjeux sanitaires individuels :

Parmi ces enjeux se trouvaient la perte de poids, la diminution ou l'arrêt de médicaments, l'amélioration de l'état, du bien-être général, de la confiance en soi.

Ces facteurs sont confirmés par les médecins chambériens, avec toutefois un accord uniquement partiel concernant le premier item.

- **Influence sur l'ordonnance médicamenteuse**

La diminution du traitement médicamenteux était rarement constatée deux mois après le début de l'expérimentation. Les médecins espéraient une influence plus marquée au fil du temps. Cet objectif réaliste est en accord avec les données de la littérature. A Strasbourg, la plupart des bénéficiaires du SSSO n'avaient ressenti des effets bénéfiques sur le traitement médicamenteux qu'après plusieurs mois de pratique. Ainsi l'un d'eux témoignait avoir perçu les premiers effets de l'AP sur sa santé au bout de deux mois, mais avoir ressenti un impact significatif sur son diabète avec diminution du dosage de son traitement médicamenteux seulement après quatre mois [134].

- **Relation médecin-malade**

La modification de la relation médecin-malade était faible mais présente. Le médecin intensifiait ses rapports avec le patient mais n'avait pas le sentiment d'être au centre d'une nouvelle triangulaire médecin/ patient/ professionnel en AP, probablement parce qu'il débutait dans la prescription et avait peu de contacts avec le milieu sportif.

Les évaluations de la relation médecin-malade et de la place du médecin dans le dispositif strasbourgeois sont intéressantes puisqu'elles concernent une période de plusieurs mois. Les résultats de ces évaluations évoluaient au cours du temps. Au départ, la place du médecin était centrale par la prescription d'AP. Puis les éducateurs Sport-santé acquéraient le rôle de pivot central en faisant le lien entre patient et médecin. La relation médecin-malade était alors moins forte ; si les patients enquêtés appréciaient le conseil médical initial, ils soulignaient surtout le suivi par les professionnels en AP [134]. Selon l'évolution du dispositif chambérien, certains changements dans la relation médecin-malade pourraient être similaires dans la ville savoyarde au cours du temps.

4.3.6 Bilan de l'expérimentation

- **Nombre de patients inclus dans l'expérimentation**

Le nombre de patients chambériens inclus était relativement faible. Dans les autres expérimentations, il était variable mais généralement beaucoup plus important (Tableau 13). Le chiffre chambérien était obtenu après une courte période temporelle, auprès de médecins bénévoles. Des différences de moyens expliquent en partie ces disparités.

- **Motivation des médecins pour l'expérimentation**

Le lien étroit avec les initiateurs du projet était le plus souvent la source de motivation des médecins. L'annonce de l'expérimentation obtenait peu d'écho après sa diffusion plus large à l'ensemble des médecins chambériens. Les invitations aux réunions d'information ultérieures étaient par la suite envoyées avec parcimonie. A Strasbourg, au contraire, la campagne médiatique était forte dès le départ et à long terme. Les médecins étaient informés du dispositif et invités à participer à des réunions d'information par voie postale. Plus tard, des médecins entraient dans l'expérimentation pour répondre à la demande de prescription de leurs patients [134, 135]. Chambériens, strasbourgeois ou d'autres origines, les médecins étaient tous convaincus par les bienfaits de l'AP.

4.3.7 Propositions pour le déploiement du dispositif de prescription en Savoie

- **Modification des parcours et renforcement des liens pluriprofessionnels**

Les médecins des FG souhaitaient que, comme dans les autres expérimentations, l'expérimentation chambérienne soit basée sur le trio pluriprofessionnel médecin/ éducateur médico-sportif ou professionnel en APA/ patient voire le quatuor médecin/ éducateur médico-sportif ou professionnel en APA/ assistant social/ patient, pour tous les patients. Ils souhaitaient abolir le parcours 2 qui n'existait pas dans ces expérimentations.

Pour y parvenir, le nombre de professionnels en APA devrait être augmenté. A Strasbourg, un éducateur médico-sportif supplémentaire avait été employé pour assurer le suivi des patients de

Tableau 13 – Efficacités et financements de la prescription dans différentes expérimentations de prescription d'activité physique

	Midi-Pyrénées Données au 17/10/2013	Champagne-Ardenne Données postérieures à novembre 2012	Strasbourg	Chambéry
Aide financière	120€ / patient maximum	Aides diverses (CPAM, ville, FIQCS, Conseil général, Sanofi-Aventis, Ministères de la santé et des sports, DRDJS, ...) selon l'implication dans la collectivité, la pathologie (ALD, ...)	130 000 € par an = 325 € / patient la première année	Aucune aide financière spécifique Financement de structures existantes
Participation envisagée par le patient	Activités payantes si aide financière insuffisante	Activités payantes	Activités gratuites	Première séance gratuite puis activités payantes
Rémunération du prescripteur	Consultation rémunérée par le réseau	Pas de rémunération spécifique	Pas de rémunération spécifique	Pas de rémunération spécifique
Nombre de patients inclus dans l'expérimentation	229 (de septembre 2012 à juin 2013) 982 (de septembre 2006 à septembre 2013)	291	400 (la première année, de novembre 2012 à novembre 2013) 500 (de novembre 2012 à la fin de l'année 2013)	99 (tous parcours confondus)
Nombre de professionnels de santé	234	175 formés 78 adhérent au réseau SSBE	150 (de novembre 2012 à la fin de l'année 2013)	14 en début d'expérimentation
Nombre de coordinateurs			1 puis 2 à partir d'octobre 2013	5
Nombre de structures sportives	460 éducateurs sportifs 437 structures sportives	210 éducateurs sportifs 35 associations sportives	13 puis 19 associations	22 structures
Fréquence de l'AP proposée	2-3 fois / semaine 2 séances encadrées minimum		Illimitée En pratique en moyenne légèrement < 1 / semaine	Variable

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie ; DRDJS : Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports ; FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins ; SSBE : Sport santé bien-être.

Sources : [130, 131, 132, 133, 134, 135].

plus en plus nombreux.

Des travaux de la littérature encourageaient l'orientation du patient vers un professionnel de santé spécialisé différent du médecin généraliste. En 2006, Tulloch a montré que cette prise en charge permettait d'obtenir de meilleurs résultats de pratique d'AP au-delà de six mois [123]. En 2009, Depiesse argumentait l'importance d'une coopération interprofessionnelle et du développement des professionnels médico-sportifs [94].

- **Intégration du dispositif dans une continuité de pratique**

Les médecins étaient en accord avec les Strasbourgeois qui rappelaient les conditions d'une pratique d'AP dans la durée [134] :

- Une durée d'engagement suffisante : nombreux bénéficiaires ne percevaient les effets qu'après des mois de pratique.
- L'intégration de l'AP dans la pratique quotidienne, sous la forme d'AP du dispositif et de modes de transport actifs.
- Le passage du dispositif passerelle à la pratique autonome : les bénéficiaires préféraient pratiquer au sein du dispositif plutôt que dans un club classique. Le motif n'était pas uniquement financier mais relevait d'une « confiance acquise envers le club et son encadrement » [142]. Chaque patient était encouragé, partageait sa vulnérabilité sanitaire et sociale ; ces relations ne les incitaient pas à poursuivre en autonomie.

4.3.8 Propositions de déploiement du dispositif de prescription à d'autres professionnels

- **Ouverture de la prescription à d'autres professionnels**

Les médecins étaient les seuls prescripteurs de l'AP et leurs relations avec les autres professionnels étaient peu définies et limitées. Ils souhaitaient l'ouverture de la prescription à d'autres professionnels de santé. Dans d'autres expérimentations, les médecins agissaient au sein d'un réseau pluriprofessionnel. Le rôle de chaque intervenant et l'initiateur de la prescription étaient variables (Tableaux 7, 8,9 et 10). A Strasbourg, les médecins généralistes étaient les seuls prescripteurs et leur rôle se limitait souvent à la prescription [134]. En Champagne-Ardenne, le médecin traitant prescrivait le bilan médico-sportif. Avec la médiatisation du dispositif, des professionnels paramédicaux orientaient les patients ou les patients eux-mêmes prenaient contact avec le réseau. Les patients étaient ensuite redirigés vers leur médecin traitant pour la prescription. En Midi-Pyrénées, le médecin du réseau était le seul à prescrire de l'activité physique. Il orientait rapidement son patient vers l'administrateur.

- **La responsabilité médico-légale**

En pratique, les médecins ne rédigeaient un certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une AP que s'il était demandé par une association sportive. Les expérimentations champardennaise, midi-pyrénéenne et strasbourgeoise exigeaient un certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une APA du dispositif pour tous les patients, différent d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'une AP sportive précise (Tableau 7). Certaines proposaient un modèle de certificat pré-rempli.

- **Le rôle du médecin**

Les médecins pensaient qu'ils avaient toujours un rôle important à jouer, même en cas d'ouverture de la prescription à d'autres professionnels. Cet avis est retrouvé dans la littérature. Dans son mémoire, Alberto Marcacci a montré que le médecin est en première ligne puisqu'il propose les choix thérapeutiques et que son discours influence le patient. Il est important que le médecin reste motivé et engagé dans la prescription d'AP [127]. En mars 2014, 32% des Français déclaraient qu'ils pourraient augmenter leur pratique d'AP suite à une recommandation médicale. Il s'agissait de la première raison qui pourrait les inciter à changer de comportement [64].

4.3.9 Propositions de déploiement du projet : aspects techniques généraux

- **Prise en charge financière**

Des études montrent qu'un investissement dans la prescription d'AP sur ordonnance permettrait, par l'amélioration de la santé, de faire des économies. D'après la Commission santé publique « APS Santé bien-être » de l'URPS Rhône-Alpes le 12 juin 2013, 1 000 e sont dépensés par personne inactive physique par an pour sa santé (564 à 1200 e selon les pays européens), soit 10 à 40 milliards d'euros par an en France. La diminution du nombre d'inactifs entraîne ces économies, équivalant à 1 e/km pour une pratique quotidienne de 30 minutes de vélo et à 2 e/km de marche à pied. Au printemps 2012, l'IMPAS, société affiliée à la Mutualité française dédiée à la pratique du « Sport santé », estimait que l'Assurance maladie pourrait économiser 56,2 milliards d'euros par an si elle finançait à hauteur de 150 euros par an une APS adaptée à 10% des patients relevant du système ALD [143].

L'expérimentation chambérienne ne bénéficiait d'aucune aide financière spécifique. La prise en charge financière était partiellement connue dans d'autres expérimentations (Tableau 13). A Strasbourg, les coûts de fonctionnement annuel du dispositif étaient de 130 000 e pour 400 patients soit 325 e par patient [135]. La gratuité pour les patients était une caractéristique singulière, point fort de sa réussite. La plupart des bénéficiaires strasbourgeois étaient prêts à participer financièrement, selon leurs propres ressources, en moyenne à 80 euros par an. Ils préféraient payer pour entrer et rester dans le dispositif plutôt que pour adhérer à une association sportive classique [134]. En Champagne-Ardenne, les aides financières dépendaient de l'implication de l'association dans la collectivité et des pathologies du patient. Le patient payait souvent sa cotisation dans l'association (50 e par an par exemple).

- **Logiciels médicaux**

La réflexion sur un nouveau concept de logiciels médicaux était nouvelle à Chambéry puisque les autres expérimentateurs n'avaient pas rencontré cette problématique. A Strasbourg et en Midi-Pyrénées, l'ordonnance était manuelle et pré-établie. En Champagne-Ardenne, elle n'était utile que pour la réalisation du bilan médico-sportif, le patient pratiquant ensuite de l'AP au sein du réseau SSBE sans ordonnance (Tableau 7).

- **Formation des professionnels**

Les médecins avaient bénéficié d'une réunion d'information mais n'avaient pas de formation spécifique à la prescription. Dans d'autres expérimentations, l'exigence d'une formation des médecins

était variable. Elle était obligatoire à Strasbourg. Les médecins formés étant labellisés, plusieurs s'étaient formés pour répondre aux demandes de prescription de leurs patients. En Champagne-Ardenne, un label SSBE indiquait l'appartenance des associations sportives au réseau, mais il ne concernait pas les médecins. Tout médecin pouvait prescrire un bilan médico-sportif et orienter le patient vers le réseau, aucune formation n'était exigée. En Midi-Pyrénées, une formation était obligatoire pour appartenir au réseau. Seuls les médecins efFORMip incluaient les patients dans le réseau et les orientaient vers une structure sportive ayant un éducateur efFORMip. Aucun label n'était créé.

En Haute-Normandie, la création d'un label SSBE est programmée dans le Plan d'action 2013-2017. Des formations sont proposées aux professionnels qui souhaitent une labellisation [144].

4.4 Signification et hypothèses

4.4.1 Identification des médecins prescripteurs

Les caractéristiques des médecins expérimentateurs ne peuvent pas être statistiquement comparées à celles de l'ensemble des médecins chambériens et savoyards à cause du faible effectif de l'échantillon. Seule la tendance d'une disparité peut être dégagée. Les médecins chambériens inclus étaient plus nombreux à avoir une activité de médecine du sport qu'en Savoie (2 médecins sur 9, versus 100 médecins savoyards sur 1477 soit 6.8%) [145]. Ils étaient probablement plus sensibilisés à l'activité physique que la population cible.

Il est difficile d'identifier un profil de médecins présentant davantage de difficultés de prescription. Ainsi il ne semblerait pas judicieux de restreindre la prescription à des médecins présentant un mode d'exercice, une formation ou une expérience spécifique particuliers.

4.4.2 Promotion de l'activité physique et prise en charge pluridisciplinaire avant l'expérimentation

- **Encouragement à l'activité physique**

Même si les médecins s'estimaient globalement formés, ils ne semblaient pas connaître toutes les pathologies cibles et l'importance des effets bénéfiques. En effet cinq médecins réservaient la promotion d'activité physique aux patients atteints de pathologies chroniques : maladies cardiovasculaires, respiratoires, orthopédiques, rhumatismales et psychiatriques. Ils ne citaient pas les maladies cancéreuses.

- **Outils d'information et de suivi de l'activité physique**

Les brochures, affiches, résultats d'études, sites internet, questionnaires de pratique n'étaient pas utilisés. Aucun médecin ne connaissait le test de Ricci et Gagnon et un seul employait un agenda de l'activité physique. La promotion de l'activité physique n'était pas leur préoccupation, ils n'étaient pas sensibilisés à leur utilisation lors de leur formation.

- **Orientation vers d'autres professionnels paramédicaux, sportifs ou des réseaux de santé**

Les médecins ne pensaient pas évoquer les diététiciens, psychologues et psychothérapeutes.

Un seul médecin orientait vers un réseau de santé. Pourtant ces structures encourageant la prise en charge globale de pathologies chroniques, notamment par l'activité physique, sont en pleine expansion. Les médecins les méconnaissaient ou n'avaient pas le réflexe de les utiliser.

Les plateaux techniques de médecine du sport n'étaient pas cités. Ces structures reçoivent les sportifs de haut niveau et ceux nécessitant un bilan médical avant la reprise de l'activité ou un avis spécialisé. La liste des plateaux de Rhône-Alpes se trouve notamment sur le site internet de la DRJSCS régionale. Ils se situent à Grenoble, Lyon, Saint-Étienne, Albertville, Annecy et Privas. L'absence de plateau à Chambéry explique peut-être leur méconnaissance ou leur non-utilisation.

- **Freins des patients à l'activité physique**

Si plusieurs freins étaient cités lors des FG, un seul frein principal était rappelé lors de la réunion en fin d'expérimentation : l'absence de motivation. Il ne s'agissait plus du premier frein retrouvé dans la littérature, qui était le manque de temps. L'absence de motivation pouvait être directement liée à la pathologie, notamment la dépression. La clé de la réussite de la mise en activité serait donc bien l'augmentation de la motivation, action centrale du dispositif de prescription.

4.4.3 Initialisation de la prescription en pratique

- **Méthode de prescription**

La localisation des tests de Ricci et Gagnon était variable : la moitié des médecins respectait la consigne de les placer en salle d'attente, la moitié les plaçait sur le bureau de consultation, trois avaient expérimenté les deux endroits. Elle dépendait de la participation des secrétaires dans leur distribution, de la présence d'autres confrères dans le cabinet et d'enfants dans la patientèle, de la manière d'aborder la prescription en consultation. Parmi les trois médecins ayant expérimenté les deux endroits, deux avaient initialement mis les tests dans le bureau puis secondairement en salle d'attente. Dans ce cas la consigne de placement était finalement respectée et appréciée. Le placement en salle d'attente permettait une diffusion large des prospectus et une sensibilisation des accompagnants.

Suite aux focus-groups, le 11 juin 2014, seule M1 avait modifié ses habitudes. Elle avait placé les tests aux deux endroits, avec succès. M5 en avait discuté avec sa secrétaire, mais du fait d'un planning chargé il n'y avait pas eu de suite. Les médecins avaient probablement consacré tellement de temps et d'énergie en début d'expérimentation pour organiser leur intervention de prescription qu'ils ne voulaient plus la changer. Ils avaient trouvé une méthode efficace qui leur était propre.

Les médecins n'évoquaient pas aux patients les initiatives similaires de prescription. Pourtant ces résultats étaient positifs et leur médiatisation augmentait l'adhésion des patients. Seuls trois médecins les connaissaient avant l'étude chambérienne. Il existait peut-être un défaut d'information : ces initiatives étaient rapidement présentées à la réunion du 3 juillet 2013 mais pas à celle du 17 décembre. Elles ont été rappelées le 11 juin 2014.

- **La prescription sur ordonnance**

Le texte de prescription était généralement universel, non adapté au patient, écrit sur une ordonnance indépendante. Si les médecins n'étaient pas exhaustifs à l'écrit, ils donnaient oralement des exemples d'AP pour motiver les patients, comme ils le faisaient déjà avant le début de l'expérimentation. Le 11 juin, certains disaient encourager davantage l'activité en extérieur ou le vélo d'appartement les fenêtres ouvertes. La pratique en pleine nature pouvait être facilement proposée dans cette ville au pied des montagnes.

- **Astuces d'adhésion**

Les médecins appréciaient particulièrement les astuces d'adhésion de M2 : comparer les scores de Ricci et Gagnon des patients avec son propre score, faire croire aux patients que leur inclusion était la dernière tant attendue. Ils adhéraient à la prescription en deux temps. Pourtant ils n'avaient pas adopté ces astuces en fin d'expérimentation, peut-être à nouveau parce que la modification de leurs habitudes aurait nécessité beaucoup de temps et d'énergie.

Tous les médecins rencontraient des patients opposés à la prescription. Même si tous n'avaient pas intégré l'arbre décisionnel, ils respectaient intuitivement la non-prescription. Ils validaient cette partie de l'arbre décisionnel.

4.4.4 Évaluation des outils de prescription

L'utilisation du test de Ricci et Gagnon modifié était consensuelle parmi les professionnels en APA de Chambéry, Dr Guinot et les médecins du sport du centre hospitalier universitaire de Grenoble. Le score pouvait être élevé alors que le patient était inactif. M5 expliquait en marge du focus-group que certaines questions sont subjectives. L'appréciation de l'effort et de l'intensité de l'AP est propre à chacun : le moindre mouvement d'un inactif peut être ressenti comme un effort physique difficile ou intense si sa pathologie est handicapante ou sa sédentarité extrême.

Pour remédier au défaut d'information de la fiche de l'offre, Écomobilité et certaines associations étaient présentées dans les newsletters. Même si elle était complétée, la fiche de l'offre ne pourrait jamais être exhaustive. La présence d'offres correspondant au parcours 3 montre la finesse de la frontière entre ces deux parcours. Des associations prenaient en charge des patients relevant du parcours 3 sans l'intervention de professionnels en APA supplémentaires. Ainsi c'est la motivation bien plus que la présence de pathologies qui guidait le choix entre ces deux parcours.

La fiche d'adhésion pouvait être un frein à l'engagement des patients. L'anonymisation des pathologies était appréciée. Le comité de pilotage confirmait ces opinions et, pour respecter également la réglementation, rendait obligatoire cette anonymisation.

En juin, les médecins présents avouaient ne pas avoir lu les newsletters, par manque de temps et par le nombre trop important de mails quotidiens. Ils encourageaient cependant ce moyen de communication. Il est possible que des médecins absents le 11 juin, qui n'avaient pas pris connaissance de l'invitation à cette réunion diffusée par mail, ne lisaient pas non plus les newsletters. Internet n'est pas encore un outil utilisé par tous.

4.4.5 Difficultés d'initialisation de la prescription

- **Difficultés de chaque parcours**

Après les focus-groups, les médecins semblaient avoir moins de difficultés avec le parcours 2. Celui-ci représentait environ 12.5% (5/40) des prescriptions le 17 mars puis 25% (25/99) le 30 mai. Le partage des difficultés et les réponses apportées étaient peut-être à l'origine de cette amélioration. Cependant l'objectif des 40% (10/25) n'était pas atteint en fin d'expérimentation. La méconnaissance de l'offre et les difficultés de sa prescription n'avaient pas évolué : les médecins préféraient toujours majoritairement orienter les patients de ce parcours vers la coordinatrice.

En parcours 3, les médecins ne savaient pas tous si c'était la conseillère ou le patient qui devait contacter l'autre en premier. Cette incompréhension se vérifiait en pratique : parmi les 23 patients du parcours 3 inclus fin mai, 5 seulement avaient contacté la conseillère spontanément par téléphone, les 18 autres avaient été contactés par la conseillère.

- **Difficultés de la prescription écrite**

Tous les médecins n'étaient pas d'accord sur la nécessité d'une prescription écrite. M7 déclarait en juin : *“Les pharmaciens rigolent quand ils voient la prescription d'activité physique sur l'ordonnance médicamenteuse”*. La prescription écrite était-elle déplaisante en soi ? Déplaisait-elle car elle choquait par son originalité ? Serait-elle toujours déplaisante si elle était davantage pratiquée ? Ce médecin lui-même n'était plus sûr de son opinion franche puisqu'il ajoutait : *“La prescription écrite est bonne car on explique ce que l'on écrit.”*

- **Difficultés de la gestion du temps**

Le temps était le principal frein de tous les médecins tout au long de l'expérimentation. Nous pouvons facilement comprendre qu'il était difficile pour le médecin, au cours d'une consultation de 15 ou 20 minutes programmée pour un autre motif, d'aborder le thème de l'AP avec ses bénéfices et les recommandations de sa pratique, évaluer le niveau d'AP et la motivation du patient, choisir le parcours adapté, remplir la fiche d'adhésion, rédiger si nécessaire un certificat médical de non contre-indication après un examen médical et réaliser la prescription.

4.4.6 Suivi de la prescription d'activité physique

- **Consultation de suivi des patients**

L'inclusion des patients était trop récente pour évoquer leur suivi. Le 11 juin, ils avaient rarement reconsulté leur médecin, et dans ce cas pour un autre motif sans nécessairement avoir abordé l'activité physique. Même si les médecins approuvaient l'idée d'une date de suivi ou d'échéance, seule M1 prévoyait de revoir tous ses patients, en juin. L'étude du suivi ne pouvait pas être réalisée à l'échelle temporelle de l'expérimentation.

- **Contacts avec l'offre**

Un seul médecin avait eu un contact avec l'offre, à l'initiative de ce dernier. Les faibles liens entre les professionnels médicaux et sportifs étaient confirmés en juin puisque aucun contact supplémentaire n'avait eu lieu. Lors des réunions de bilan avec les acteurs de l'offre, ceux-ci exprimaient le souhait de communiquer davantage avec les médecins. Ce sont donc bien les médecins

qui en étaient les facteurs limitants. Outre ce désintérêt partiel des médecins, l'absence de liens pluriprofessionnels en réseau en est une explication.

- **Outils de suivi**

Les médecins n'avaient pas eu de consignes pour utiliser de nouveaux outils et de ce fait ne modifiaient pas leurs outils habituels. Le 11 juin, seule M1 déclarait refaire le test de Ricci et Gagnon. Les médecins trouvaient pourtant que le suivi de la pratique d'AP était essentiel pour favoriser la compliance des patients, et qu'elle pouvait se faire par la répétition du test de Ricci et Gagnon. Ils préféraient déléguer le suivi, comme l'initialisation, aux professionnels en APA. Le podomètre était peu employé, uniquement par une patiente de M8 (via l'iPad) et conseillé par un médecin pneumologue collègue de M10.

- **Patients suivant la prescription**

Les médecins, optimistes, pensaient que la plupart des patients suivaient la prescription. Mais la réalité les a rattrapés : en juin, M5 trouvait que les patients mettaient du temps à entrer dans le dispositif et à changer leur pratique. Le temps de l'expérimentation était là encore insuffisant pour observer une compliance maximale des patients. Par ailleurs le suivi objectif des patients du parcours 1 et 2 étant impossible, il est probable que le nombre de ces patients qui se déclaraient compliants ait été surévalué.

- **Patients ne suivant pas la prescription**

Le lien insuffisant entre médecins et clubs sportifs était un frein à l'adhésion du patient au parcours 2. Si les médecins méconnaissaient l'offre, ils étaient moins convaincants pour encourager la pratique dans ces structures.

Pour limiter le nombre de patients ne suivant pas la prescription, les quatre piliers strasbourgeois (cf 4.3.5) devaient être présents. Des mesures étaient prises dans cet objectif : des aides financières étaient demandées, l'accompagnement était renforcé avec le parcours 3, la pratique collective était très largement conseillée.

- **Influence sur l'ordonnance médicamenteuse**

La diminution du traitement médicamenteux demandant du temps, elle était seulement débutante. Elle se poursuivait en juin. Ici encore le recul temporel était trop faible pour observer une influence plus marquée. Les seuls patients qui avaient vu une diminution de leur ordonnance médicamenteuse avaient débuté leur pratique d'AP avant l'expérimentation ; leur durée de pratique avait été suffisante pour constater des effets sur leur traitement médicamenteux.

- **Relation médecin-malade**

Les médecins parlaient peu de la modification de la relation médecin-malade car elle était encore faible. Elle grandissait au cours du temps passé avec chaque patient, elle grandirait aussi lorsque chaque acteur médecin/ professionnel en APA +/- offre sportive/ patient trouverait sa place dans le dispositif de prescription. Cette évolution est un facteur important pour la motivation et la poursuite des efforts du médecin et du patient.

Tableau 14 – Nombre de prescriptions par médecin en fin d'expérimentation

	Nombre de prescriptions			
	Parcours 1	Parcours 2	Parcours 3	TOTAL
M1	11	0	3	14
M2	10	1	0	11
M3	2	2	0	4
M4	1	1	2	4
M5	5	2	4	11
M6	11	6	3	20
M7	3	1	2	6
M8	0	4	2	6
M9	6	4	4	14
Autres médecins	2	4	3	9
TOTAL	51	25	23	99

Tableau 15 – Nombre de prescriptions totales en fin d'expérimentation

	Prescriptions totales	Prescriptions dans l'expérimentation	Conseils oraux	Rapport Prescriptions dans l'expérimentation / Prescriptions totales
M1	35 - 40	14	beaucoup plus	35 - 40 %
M5	20	11	plusieurs dizaines	55%
M6	25	20		80%
M7	7	6		86%
M8	15	6		40%
M9	30 - 40	14		35 - 47 %

4.4.7 Bilan de l'expérimentation

• Nombre de patients inclus dans l'expérimentation

Seuls 50 patients étaient inclus dans le dispositif lors des focus-groups, ils étaient 99 en juin. La répartition des 99 prescriptions par médecin et par parcours est précisée dans le tableau 14. Les autres médecins comprenaient cinq médecins inclus dès janvier et quatre après mars. Nos 9 médecins avaient chacun inclus entre 4 et 20 patients, avec une moyenne de 10 patients, et aucun n'avait atteint l'objectif des 25 prescriptions. Le nombre de prescriptions était faible par rapport au nombre de patients reçus en consultation.

En début comme en fin d'expérimentation, les médecins choisissaient leurs patients. Le nombre de refus de prescription par les patients était difficilement quantifiable. Les médecins prescrivaient beaucoup en dehors du dispositif (Tableau 15). Ces données sont à interpréter avec prudence : elles étaient dites de mémoire en juin, et les prescriptions dans et hors expérimentation étaient mal définies.

• Motivation des médecins pour l'expérimentation

Malgré les difficultés, les médecins étaient et restaient motivés par l'expérimentation. Leur implication variait toutefois au cours du temps. Le 11 juin, M5 déplorait le démarrage de l'expérimentation en janvier, mois déjà très chargé pour les médecins généralistes. D'autres événements

intercurrents occupaient les médecins et diminuaient leurs actes de prescription comme le changement de logiciel médical dans le cabinet de M8.

- **Vécu et effets de l'expérimentation sur les médecins**

Plusieurs médecins disaient détenir un diplôme de médecine du sport mais ne pas l'utiliser en pratique pour des consultations spécifiques. Ils étaient sensibilisés aux bienfaits de l'AP. Ils n'étaient pas tous physiquement actifs mais ils essayaient d'augmenter leur pratique (Tableau 6).

- **Autres points positifs et négatifs pour les patients**

Parmi les points négatifs pour les patients, seuls les risques d'accidents traumatologiques et d'addiction étaient rappelés, respectivement par le médecin du sport et la psychologue. Les autres médecins ne les évoquaient pas. Ils n'étaient pas des freins majeurs et n'étaient plus rapportés par la suite. Les préoccupations des médecins étaient davantage les risques d'accidents coronaires ou cardiaques et les problèmes de responsabilité médicale associés.

4.4.8 Propositions pour le déploiement du dispositif de prescription en Savoie

- **Modification de l'organisation et des outils**

Les médecins faisaient des propositions concrètes de modifications des outils existants. Ils ne semblaient pas nécessiter d'autres outils matériels (un dictionnaire de l'AP qui recenserait les indications et contre-indications de chaque type d'AP, des questionnaires plus précis sur l'AP ou l'état motivationnel) ni humains (un référent pour guider les patients vers un nouveau mode de déplacement, ou pour guider les médecins dans leur prescription) car ils pensaient déléguer ce travail à d'autres professionnels. Leurs connaissances des offres étaient trop limitées pour les juger. Ils ne pouvaient dire si celles-ci constituaient un bon échantillon représentatif des offres à proposer sur la Savoie, si elles devaient être modifiées ou complétées.

- **Renforcement des liens pluriprofessionnels**

Quelques médecins, notamment des médecins du sport, énonçaient le recours à un médecin spécialisé lors d'une consultation dédiée pour réaliser un bilan médico-sportif. Cette idée était déjà mise en pratique avec succès dans d'autres expérimentations. Elle prenait de l'ampleur et séduisait de plus en plus de médecins en juin (dont M10).

- **Intégration du dispositif dans le paysage local**

Un médecin évoquait un conflit possible entre la prise en charge par les professionnels en APA locaux et ceux du dispositif. La coordinatrice répartissait les patients vers cinq professionnels en APA : celui de la MRSS, du Pôle de santé Chambéry Nord, de la Fédération handisport, du Comité sport adapté, du CDOSS (elle-même). Les autres professionnels en APA de Chambéry métropole n'étaient pas concernés, une double prise en charge pouvait donc en effet exister.

4.4.9 Propositions pour le déploiement du dispositif de prescription à d'autres professionnels

- **Ouverture de la prescription à d'autres professionnels**

Les médecins demandaient l'ouverture de la prescription à d'autres professionnels. Ils étaient sensibilisés à la promotion aux enfants car la mise en activité devait être précoce. En influençant les enfants, ils influençaient également leurs parents. Le 11 juin, ils évoquaient le conseil en AP à l'école, la prescription par les médecins scolaires, par les sages-femmes.

4.4.10 Propositions pour le déploiement du projet : aspects techniques généraux

- **Prise en charge financière**

Il était difficile de développer ou même simplement poursuivre la prise en charge des patients dans le parcours 3 de manière pérenne sans obtenir de financements supplémentaires. Une aide financière serait nécessaire pour engager des professionnels en APA et des coachs de santé. Elle avait déjà été demandée. Les médecins ne précisaient pas qui, parmi les caisses d'Assurance maladie, les mutuelles, la collectivité (ville, agglomération, département, région, état), étaient les financeurs potentiels envisagés.

- **Cotation CPAM**

Différentes pistes d'étude de cotation avaient été réfléchies avec la direction et sous-direction de la CPAM de Savoie Guy Plattet et Edmond Guillot. Chaque médecin volontaire pouvait transmettre à la CPAM la liste des patients entrant dans le dispositif. La CPAM recueillerait des informations concernant ces patients (consommation de soins, indemnités journalières, entrée en ALD, ...) et fournirait ces indicateurs de suivi anonymisés. Une autre possibilité était de créer une lettre clé pour identifier les ordonnances mentionnant la "prescription d'AP3R /j". Les médecins volontaires l'intégreraient dans leur logiciel et la noteraient lors du passage de la carte vitale. La CPAM pourrait suivre le taux de prescription et un référentiel général des patients. En pratique, aucune piste d'étude n'avait été retenue. Aucun codage ou remboursement ne pouvait être attendu pour une expérimentation locale.

Si la Sécurité sociale ne remboursait pas la prescription d'activité physique, la CPAM de Savoie participait activement à la mise en place et aux frais du dispositif, notamment par la création et l'impression des outils de prescription.

- **Logiciels médicaux**

En programmant un score de sédentarité dans les antécédents et une ligne de prescription d'AP sur l'ordonnance, les logiciels médicaux aideraient les professionnels de santé à penser au facteur de risque « inactivité » et à gagner du temps dans la prescription. Cette programmation pourrait être effectuée par les médecins eux-mêmes, mais elle est difficile à réaliser par ceux dont les connaissances en informatique sont limitées. La systématisation de l'impression à tous les patients n'était pas envisagée : son impact serait probablement trop peu important.

M7 proposait en juin qu'une phrase apparaisse sur les ordonnances médicamenteuses comportant plus de cinq médicaments : « *Votre traitement peut être diminué par la pratique d'activité*

physique » . Pourtant une question se pose : tous les traitements peuvent-ils être diminués par l'AP ? La réflexion sur les logiciels médicaux s'était poursuivie à distance des FG, montrant l'importance pour les médecins de développer un tel outil de qualité.

- **Formation des professionnels**

Les médecins n'étaient pas formés à l'utilisation du modèle de Prochaska et DiClemente [75]. Il s'agissait d'un choix du comité de travail. Les médecins ne devaient pas passer trop de temps pour s'approprier ces outils au risque de ne plus vouloir adhérer à l'expérimentation.

Les médecins s'estimaient formés, certains souhaitaient des formations supplémentaires, d'autres préféraient ne pas se former et déléguer à d'autres professionnels. Ils ne précisaient pas s'ils assisteraient à des formations continues ou s'ils modifieraient également la formation médicale initiale des générations futures. Les médecins ne cherchaient pas à s'informer sur les bénéfices de l'AP mais plutôt sur les outils pratiques de l'expérimentation, l'adaptation des AP aux pathologies pour les plus indépendants, le suivi et l'entretien motivationnel.

Un médecin évoquait la création d'un nouveau Diplôme universitaire qui pourrait intéresser les professionnels les plus motivés. Il s'agit du DU Santé par les activités physiques, organisé par la faculté de médecine et de pharmacie de La Tronche, sous la responsabilité du Pr Jean-Louis Pépin, proposé à partir de 2014/15. Il est accessible aux professionnels médicaux, paramédicaux et sportifs.

4.5 Perspectives

Cette étude, en amont du déploiement du dispositif « Bouger sur prescription » en Savoie, permet de dégager les orientations suivantes qui favoriseraient la réussite du projet.

4.5.1 Simplifier les parcours

Le médecin a pour mission originale de prescrire une activité physique adaptée, à tous ses patients. Cette action doit être simple. La prescription difficile du parcours 2 pourrait être abolie. Deux parcours A et B persisteraient : le parcours A correspondant au parcours 1, le parcours B concernant les patients des parcours 2 et 3 et proposant les offres du parcours 3.

4.5.2 Améliorer les outils de prescription

- **Améliorer les outils existants**

– Le flyer avec le test de Ricci et Gagnon, la fiche de l'offre et le guide médecin :

Les modifications suivraient les propositions retranscrites dans les résultats.

En particulier pour le test de Ricci et Gagnon : modifier les questions ou définir les notions d'APR, d'intensité et d'effort. Adapter les questions aux retraités.

En particulier pour la fiche de l'offre : ajouter sur la plaquette l'adresse et les prix des offres.

Maintenir une feuille d'un format synthétique pratique (A4).

- La fiche d’adhésion :
Elle disparaît avec la fin de l’expérimentation, l’élargissement du dispositif ne donnant pas lieu à une analyse expérimentale.
- L’affiche :
Elle est appréciée mais critiquable : elle doit être judicieusement placée pour être vue en salle d’attente. Les patients n’ont pas le temps de la découvrir quand le médecin est à l’heure dans ses consultations (M9 le 11 juin 2014).
- Le diagnostic express et le tableau des transformations physiologiques et avantages cliniques :
Ils pourraient être intégrés dans la pochette initiale.
- Les newsletters :
Ces moyens de communication devraient être maintenus. L’information devrait se trouver dans le corps du mail et non en pièce jointe à ouvrir, être ludique et pleine de couleurs. Eviter les messages longs et multiples. Internet ne devrait pas être le seul moyen de communication car il n’est pas utilisé par tous.
 - **Créer de nouveaux outils**
- Des plaquettes d’information sur l’offre Écomobilité :
La mobilité active est une notion souvent nouvelle pour les médecins et les patients. L’agence Écomobilité devrait se faire connaître, par exemple en exposant des plaquettes d’information dans le cabinet médical.
- Un annuaire de l’offre :
Il compléterait la fiche de l’offre. Prendre exemple sur des sites comme sporthandicap76.fr (présentant les AP pour les personnes handicapées en Haute-Normandie).
- Des fiches d’argumentations contenant :
Des arguments de motivation pour la pratique d’AP : effets bénéfiques de l’AP sur la santé, effets délétères de la sédentarité, recommandations sur la pratique, intérêt de la prescription pour le prescripteur et pour le patient.
Un discours spécifique à destination des patients opposants.
Des témoignages de patients et acteurs du dispositif enthousiasmés par l’expérimentation.
Les résultats encourageants d’expérimentations similaires de prescription.
- Les SMS :
Ils sont utilisés par des médecins. A favoriser pour des informations courtes et urgentes.
 - **Adapter les outils**
- Au type de diffusion : large pour le tout-venant (parcours A), restreint pour les patients à risque déconditionnés (parcours B).
- Au type de prescripteur : selon la durée de consultation, le mode d’exercice ambulatoire ou hospitalier, la profession en cas d’ouverture de la prescription aux paramédicaux.
- Au type de patient : traduire les fiches pour les patients non francophones, notamment en arabe, turc et portugais à Chambéry-le-Haut (par l’association « Bien lire et écrire »).

4.5.3 Faciliter l'intervention de prescription des médecins

- Laisser aux médecins le choix éclairé du protocole de prescription.
Le placement des tests de Ricci et Gagnon (en salle d'attente ou de consultation) le plus efficace est celui choisi par le médecin. Il est préférable de ne pas imposer un protocole précis. Lors des réunions de présentation du dispositif, différentes possibilités d'organisation pourraient être exposées, illustrées par des témoignages de prescripteurs.
- Utiliser toutes les ressources matérielles et humaines disponibles.
Employer les outils de prescription fournis par le comité technique et les outils personnels. Si l'organisation du cabinet ou de l'établissement hospitalier le permet, faire participer la secrétaire pour distribuer les tests de Ricci et Gagnon. Pourrait-on lui demander de remplir le test avec le patient, comme dans certaines expérimentations ?
Programmer le logiciel médical pour inclure un score de sédentarité dans les antécédents, et une phrase de prescription « *Pratiquer 30 minutes d'activité physique modérée par jour* ».
- Prendre le temps de discuter avec le patient.
Le patient adhère à un projet uniquement s'il le connaît et le comprend. La prescription en deux temps pourrait augmenter le temps de discussion. Le lancement de la campagne à la belle saison limiterait la contrainte temporelle liée au biais saisonnier.
- Demander au patient un effort réalisable.
Pour favoriser l'adhésion initiale du patient, demander un effort qui lui coûte peu. Quand le patient a fourni ce premier effort et accepte de rentrer dans l'expérimentation, le médecin peut envisager une pratique d'AP plus importante.

4.5.4 Faciliter l'adhésion des patients sur le long terme

- **Combiner plusieurs approches de promotion d'activité physique**
- Favoriser la promotion de l'AP auprès du grand public.
Développer des outils de communication : affiches sur la voie publique, dans les transports en commun et les lieux publics, magazines, radio, télévision, presse, autres médias.
Utiliser le slogan très apprécié : « *Bougez-vous ?!* ».
Pour une argumentation convaincante, serait-il préférable d'exposer les effets délétères de la sédentarité aux effets bénéfiques de l'AP sur la santé [120] ?
- Faire connaître les programmes de promotion d'AP.
Les plans français de promotions d'activité physique sont multiples : PNNS,... L'AP fait partie d'un programme global de santé. Encourager le patient à participer aux manifestations de promotion de l'AP mises en place par les collectivités.
- S'adresser au patient et à son entourage.
Les accompagnants encouragent souvent les patients dans leur changement de comportement. Ils modifient parfois eux-mêmes leur pratique d'AP.
Les médecins pourraient faire une éducation systématique à l'AP des enfants et de leurs

parents, par exemple lors d'une consultation vaccinale. Les parents, devant montrer le bon exemple, sont souvent plus aptes à changer leur mode de vie, dans l'intérêt de leur enfant.

– Montrer l'exemple.

La mobilité des professionnels entraîne un effet « boule de neige ». Tous les professionnels, médicaux, sportifs, administratifs et autres, sont concernés. Ils pourraient notamment privilégier les transports actifs pour se rendre au travail et rencontrer les patients inactifs.

– Associer des approches incitative, ludique et répressive ?

L'association d'approches complémentaires donne souvent les meilleurs résultats dans les changements de comportement. Comment les combiner dans le cadre de l'activité physique ? Quels outils concrets pourraient être utilisés ? Une approche répressive de l'AP serait-elle envisageable ? Serait-elle judicieuse ?

Par la prescription, l'AP devient un outil thérapeutique du médecin. Mais le succès de l'AP est souvent lié au plaisir qu'elle procure, à sa perception comme un loisir choisi librement par la personne qui la pratique. Ces deux conceptions sont-elles antagonistes ?

• **Proposer un suivi**

– Un suivi de tous les patients du parcours B par un professionnel en APA :

Pour éviter l'échec du parcours 2, entretenir la motivation et adapter l'AP à la condition physique du patient.

– Un suivi de tous les patients par le médecin :

Réaliser un suivi médical et de la pratique d'AP des patients du parcours A, un suivi médical des patients du parcours B. Définir les modalités des consultations de suivi (fréquence, contenu), à adapter à chaque patient.

– Proposer des outils de suivi :

Utiliser le test de Ricci et Gagnon modifié pour évaluer le niveau d'AP, le cycle de Prochaska et DiClemente éventuellement simplifié pour mener l'entretien motivationnel, d'autres outils choisis conjointement par le patient et le professionnel. Proposer un podomètre aux patients du parcours A, un carnet de suivi à ceux du parcours B.

L'usage d'un carnet de suivi et de supports d'accompagnement est recommandé en France [76].

Un carnet de suivi pourrait être réalisé. Il appartiendrait au patient, contiendrait des informations comme les bénéfices de l'AP et un test de Ricci et Gagnon. Le patient et tous les professionnels du dispositif intervenant auprès de lui y noteraient leurs observations. Ce carnet servirait de carnet de suivi et de liaison.

L'utilisation du podomètre est efficace et recommandée en France [76]. Le podomètre revient à la mode sous forme d'iPad ou de bracelet électronique. Aux États-Unis, des entreprises motivent la mise en activité de leurs employés sédentaires, coûteux en frais de santé, en leur fournissant ces appareils. L'attrait pour l'employé (et pour l'employeur-assureur) est financier : s'il marche suffisamment, il réduit sa prime d'assurance santé. La France ne permet pas aujourd'hui cette modulation des cotisations. Qu'en sera-t-il demain ?

- **Rendre le patient acteur de sa pratique**
- Laisser au patient le libre choix de son activité physique.
Les offres devraient être adaptées aux goûts et aux possibilités des patients. Les séances d'essai gratuites pourraient être maintenues, sans encourager le nomadisme.
- Autonomiser progressivement le patient dans sa pratique.
Le passage d'une prise en charge personnalisée à une pratique autonome est difficile dans les expérimentations de prescription. Cette transition doit être travaillée pour être réussie.
- Demander au patient une participation financière symbolique.
La gratuité peut générer un sentiment excessif d'assistantat.
- Encourager la pratique en groupe.
La pratique en collectivité favorise la poursuite de l'AP. Le médecin devrait orienter le patient vers des groupes existants et lui apprendre à former lui-même un groupe de pratique.

4.5.5 Entretenir la motivation des médecins

- Influencer les pratiques professionnelles et personnelles des médecins.
Les médecins actifs ou devenant actifs sont les meilleurs prescripteurs. Ils sont plus convaincus des bienfaits de l'AP et plus convaincants auprès des patients.
- Motiver par la souplesse de la prescription.
Les médecins ne doivent pas se sentir piégés d'un système trop complexe, ni abandonner une prescription trop difficile à mettre en place. En cas de difficultés importantes, ils peuvent répartir l'intervention de prescription dans le temps. Ils commencent par prodiguer un conseil minimal qui impacte peu sur le temps de consultation. L'entretien motivationnel est réalisé lors de multiples interventions brèves éventuellement déléguées à des infirmiers [120]. Dans un second temps, lorsqu'ils sont plus en confiance, ils réalisent la prescription.
- Motiver par les groupes de pairs.
Les médecins participaient à l'expérimentation car ils connaissaient les initiateurs du projet. Cette mobilisation risque d'être plus faible à l'échelle départementale. Les prescripteurs pourraient être recrutés au sein de réseaux de formation ou de groupes de pairs existants. Cette participation en groupe renforcerait leur motivation.
- Motiver par une campagne médiatique forte.
Les médecins sont souvent davantage motivés à participer à des projets actuels et reconnus par la communauté.
- Motiver par les patients ?
A Strasbourg, des médecins adhèrent au dispositif SSSO pour répondre à la demande d'ordonnance de leurs patients. La prescription y est uniquement autorisée par des professionnels agréés. La situation évoluera-t-elle à l'identique à Chambéry ?

4.5.6 Réfléchir aux moyens financiers

- Utiliser les moyens financiers existants.

Certaines institutions et associations du dispositif bénéficient de subventions en faveur des publics cibles. Elles pourraient les attribuer partiellement au projet « Bouger sur prescription », mais selon des sommes limitées car elles pénaliseraient les autres projets existants.

- Demander des subventions auprès des collectivités, des instances sportives et de santé.

Certaines demandes ont été effectuées, d'autres sont envisagées.

- Faire participer financièrement le patient selon ses moyens.

Les médecins souhaitent éviter une pratique gratuite pour tous les patients mais rendre accessibles les AP par des coûts réduits.

La tarification flexible est une possibilité déjà pratiquée à Chambéry avec succès. Les cours d'aquagym ont du succès à la MRSS. Ce réseau n'a pas les moyens financiers d'ouvrir des créneaux de pratique supplémentaires. Pour bénéficier de cette AP, les patients apportent une contribution financière qu'ils définissent eux-mêmes sur une échelle de tarifs. Ils comprennent leur chance de pouvoir pratiquer cette AP et contribuent à sa pérennisation.

- Demander une nouvelle cotation CPAM avec une consultation dédiée.

Par la consultation en deux temps, les médecins réalisent une consultation dédiée informelle. La consultation dédiée avec cotation spécifique pourrait être créée en cas de généralisation nationale de la prescription. La réflexion nationale est déjà amorcée. En 2008, la commission « Prévention, sport et santé » du Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative s'était prononcée en faveur de cette création, dans le cadre d'une convention négociée avec l'Assurance maladie, en prévention primaire, secondaire ou tertiaire [82]. Une poursuite de cette réflexion et son application pratique sont donc envisageables.

D'autres idées pourraient être expérimentées. La CPAM pourrait comptabiliser les ordonnances comportant la prescription d'AP, suivre des marqueurs cliniques et biologiques des patients bénéficiant de cette prescription, inclure un objectif de prescription d'AP sur ordonnance dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique. Les Délégués d'assurance maladie pourraient rencontrer les médecins pour les sensibiliser sur ce sujet.

- Organiser un remboursement labellisé ?

Les professionnels pourraient être labellisés. Les professionnels en APA et les clubs sportifs agréés pourraient bénéficier d'aides financières pour prendre en charge les patients à coût réduit. Les médecins bénéficieraient d'une rémunération par la cotation spécifique.

4.5.7 Former les professionnels

- Encourager des thèmes de formation :

Les bienfaits de l'AP, traitement curatif et préventif de la majorité des pathologies.

La définition de l'AP, qui inclut également les mobilités actives et quotidiennes.

Les outils d'information sur l'AP, les outils de suivi (niveau d'AP et entretien motivationnel).

L'intérêt et les modalités de la prescription écrite, les expériences similaires de prescription.

- Renforcer les formations initiale et complémentaire des médecins :
Les enseignements sur le sport et la santé devraient être majorés et intégrés à l'Examen classant national. Les formations continues sur l'AP pourraient être intensifiées.
- Former les autres professionnels :
Tous les professionnels de santé, en APA, les acteurs de l'offre, les secrétaires qui distribuent les tests de Ricci et Gagnon sont concernés.
- Proposer une formation spécifique à l'adhésion dans l'expérimentation ?
Multiplier les réunions est inutile. Les connaissances détaillées sur l'AP sont enseignées par les organismes de formation continue. Le comité technique pourrait demander à ces organismes d'inclure des thèmes précis dans leur programme de formation.
Lors des réunions d'information sur le dispositif, les réseaux locaux « Sport santé » pourraient être présentés, avec rencontre des acteurs en réunion puis sur le terrain.
Faudrait-il labelliser la formation, comme dans d'autres expérimentations, pour identifier et reconnaître les compétences des acteurs du dispositif ? Cet agrément devrait-il être obligatoire pour inclure les patients dans le dispositif ?
- Former les médecins lors de leur installation ?
Une présentation de l'environnement professionnel, avec rencontre des professionnels de santé, médico-sportifs et des réseaux locaux, devrait-elle être systématique pour tout nouveau médecin lors de son installation ?

4.5.8 Travailler en pluriprofessionnalité

- Travailler en réseau coordinatrice/ médecin/ professionnel en APA/ éducateur sportif/ patient.
La coordinatrice tiendrait le rôle pivot de ce dispositif. Les médecins les moins impliqués pourraient s'entretenir directement avec elle pour obtenir les informations souhaitées. D'autres professionnels (assistantes sociales, diététiciens, ...) pourraient être associés.
- Impliquer les ressources locales.
Tous les professionnels en APA du territoire pourraient être inclus dans le dispositif. Le conflit entre la prise en charge locale et du dispositif serait résolu. Ces professionnels seraient regroupés en réseau. La coordinatrice orienterait le patient vers le professionnel en APA le plus adapté (selon la pathologie du patient, son lieu d'habitation, ...).
Des réseaux identiques rassembleraient tous les autres professionnels du territoire (chambérien ou savoyard) concernés par la prescription d'AP.
- Ouvrir la prescription à d'autres professionnels de santé.
Cet élargissement est souhaité par les médecins.
Faut-il cibler les professionnels médicaux et paramédicaux prescrivant l'AP ? Cette restriction risquerait d'être appauvrissante. Tous les professionnels devraient prendre conscience des effets bénéfiques et conseiller l'AP. Une liste exhaustive des professionnels devrait être établie avant le déploiement à grande échelle.

- Impliquer chaque professionnel selon ses droits et ses compétences.

Il est nécessaire d'identifier les professionnels de santé autorisés à prescrire de l'AP sur ordonnance. Les instances représentatives de chaque profession et les professionnels juridiques peuvent être des sources fiables d'information. Les professionnels non autorisés à prescrire sur ordonnance pourraient réorienter les patients vers les médecins.

Les médecins sont responsables de leur prescription. L'écriture d'un conseil sur ordonnance « *Votre médecin vous conseille de ...* » ne déresponsabilise pas le médecin de son acte.

Le médecin effectue un certificat médical de non contre-indication à une APS lorsqu'il est exigé par une association sportive. Aucun certificat médical n'est rédigé pour les patients du parcours 1. A l'image d'autres expérimentations, un certificat médical de non contre-indication à des APA devrait-il être systématiquement réalisé chez les patients du parcours 3 (B) ? La protection juridique du prescripteur serait-elle ainsi renforcée ?

- Rappeler le rôle essentiel du médecin dans la promotion de l'AP.

Le discours médical influence le comportement du patient. Même si le médecin délègue l'acte de prescription, il ne devrait pas se désengager de la promotion de l'AP.

4.5.9 Évaluer le dispositif de prescription

Des évaluations du dispositif sont nécessaires pour son amélioration :

- Au près de tous les acteurs :

Les avis des professionnels de santé, en APA, des acteurs de l'offre et des patients, inclus mais également non compliants, devraient être recueillis.

- Par une étude de qualité :

Le comité technique pourrait s'entourer de professionnels compétents (statisticiens, professionnels en santé publique, ...) pour analyser avec justesse l'efficacité du dispositif.

- Par des évaluations itératives :

Une étude informative nécessite un recul temporel suffisant. Les évaluations pourraient être répétées pour suivre l'évolution des difficultés au cours du temps.

La plupart des propositions de cette thèse sont déjà en cours d'étude. Les comités technique et de pilotage travaillent activement au déploiement du dispositif aux autres professionnels de santé de Chambéry métropole. Leur réunion de lancement est prévue le 1er octobre 2014. Souhaitons une bonne réussite à ce projet.

Conclusion

La sédentarisation croissante engendre des pathologies chroniques. La pratique d'une activité physique régulière apporte des bénéfices sur la santé. Elle diminue notamment l'incidence du diabète, de l'hypertension artérielle, des cardiopathies, de l'ostéoporose, du cancer du sein et du colon, et même de la dépression.

Les recommandations actuelles sur l'activité physique suivent celles émises par l'OMS en 2002. Il est recommandé de pratiquer 30 minutes d'activité physique modérée par jour 5 jours par semaine, ou une activité intense de 20 minutes 3 jours par semaine, ou une combinaison des deux, par sessions minimales de 10 minutes. La pratique d'activités de renforcement musculaire et d'endurance est aussi préconisée 2 à 3 jours par semaine. Pour les jeunes en âge scolaire, 60 minutes quotidiennes d'activité physique modérée à soutenue sont recommandées. Les adultes de plus de 65 ans devraient privilégier l'entraînement musculaire et les exercices d'équilibre.

Le projet national « Sport santé bien-être » a été lancé en décembre 2012 pour promouvoir l'activité physique comme outil de santé publique. L'expérimentation chambérienne « Bouger sur prescription » est une réponse à cette demande, qui vise la prescription d'activité physique sur ordonnance à tous les patients vus en consultation. Des dispositifs similaires existaient déjà à l'étranger et en France (en Midi-Pyrénées, en Champagne-Ardenne et à Strasbourg), mais pas en Rhône-Alpes. Il est prévu d'étendre le projet chambérien auprès des autres professionnels de santé et en Savoie, voire en Rhône-Alpes dans un second temps.

L'expérimentation s'est déroulée du 20 janvier au 30 mai 2014. Les médecins volontaires disposaient d'outils d'aide à la décision (test d'évaluation du niveau d'activité physique, algorithme de prescription, documents pédagogiques). Selon la motivation et les pathologies de leurs patients, ils proposaient la pratique d'activité physique en autonomie (parcours 1), au sein d'une structure sportive classique (parcours 2), ou dans le cadre d'un suivi assuré par un professionnel de l'activité physique adaptée (parcours 3). L'objectif de mon travail était d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins participant à l'expérimentation et les solutions envisageables pour améliorer le dispositif.

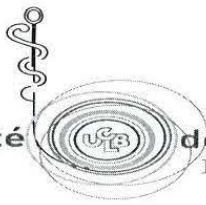
Neuf médecins exerçant à Chambéry métropole, participant à l'expérimentation et volontaires pour venir à un focus-group ont été inclus dans l'étude en mars 2014. L'analyse qualitative des deux focus-groups réalisés a montré que la principale difficulté des médecins était le temps nécessaire pour réaliser l'intervention durant chaque consultation. Les médecins n'avaient pas l'habitude d'utiliser les outils de prescription, de suivi de l'activité physique et de l'entretien motivationnel, qu'ils trouvaient parfois inadaptés (dans le contenu plutôt que dans leur format), en particulier l'algorithme de prescription. La prescription écrite de l'activité physique leur posait problème, du fait de son originalité et de son caractère impératif. Ils étaient peu à l'aise avec le parcours 2, car ils connaissaient mal l'offre sportive, tant en terme de structures que d'activités.

Ils considéraient que l'expérimentation avait eu une influence sur leur vie professionnelle (importance de l'activité physique pour tous les patients) mais aussi sur leur vie personnelle (augmentation de l'activité physique). Ils rapportaient une amélioration des relations avec les patients et la satisfaction liée à l'évolution de leurs indicateurs de santé.

Les médecins espéraient l'extension du dispositif aux autres professionnels de santé de Chambéry et de Savoie. Ils souhaitaient que les autres professionnels de santé s'investissent dans le projet, soit en prescrivant eux-mêmes l'activité physique, soit en leur adressant les patients lorsqu'un certificat médical de non contre-indication à l'activité physique est exigé. Ils suggéraient une intervention en deux temps, avec le test d'évaluation du niveau d'activité physique réalisé lors d'une première consultation et la prescription de l'activité physique lors d'une consultation ultérieure. Les médecins apprécieraient que la prescription de l'activité physique soit intégrée dans les logiciels médicaux. Ils envisageaient la suppression du parcours 2 et la réorientation des patients concernés vers le parcours 3, ce qui supposait l'obtention de financements supplémentaires. Des modalités de financement étaient attendues, notamment sous la forme d'une consultation dédiée bénéficiant d'une cotation spécifique. Les médecins encourageaient la pratique collective des activités physiques afin de favoriser la motivation des patients. Ils attiraient l'attention sur la nécessité d'autonomiser progressivement les patients pris en charge dans le parcours 3, afin qu'ils puissent intégrer une structure sportive ordinaire sur le long terme.

Ces résultats sont à confronter avec les autres données d'évaluation du projet disponibles, à savoir le niveau d'activité et de satisfaction des patients, la satisfaction des acteurs de l'offre sportive et la perception des médecins lors d'une réunion en fin d'expérimentation. Les organisateurs chambériens pourraient s'aider des évaluations des expérimentations similaires, notamment celle de Strasbourg. Une organisation en réseau pluriprofessionnel (paramédicaux, professionnels d'activité physique adaptée, assistante sociale, ...) pourrait notamment être envisagée.

Conclusion



Certaines pistes d'amélioration suggérées par les médecins nécessitent la mise en jeu de moyens financiers et organisationnels et des adaptations du projet. Il paraît nécessaire de renforcer le dispositif localement avant d'envisager son extension géographique.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président *Le Laurent L'ESTRIWART*
Signature

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **10 SEP. 2014**

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est

Professeur Jérôme ETIENNE



VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

Professeur François-Noël GILLY



Références

- [1] OMS. Physical activity and health in Europe: evidence for action ; 2006. Traduit en 2009 [Activité physique et santé en Europe : informations au service de l'action]. Disponible sur : http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/oms_activite_physique_sante_en_europe.pdf [Page consultée le 26/01/2014].
- [2] Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985 ; 100 (2) : 126–131.
- [3] OMS. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé ; 2010. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599978_fre.pdf [Page consultée le 18/02/2014].
- [4] Foster C. Guidelines for Health-Enhancing Physical Activity Promotion Programmes. The European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity ; 2000. Disponible sur : <http://www.panh.ch/hepaeurope/materials/Guidelines%20HEPA%20Europe.pdf> [Page consultée le 21/02/2014].
- [5] Réseau santé des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé. Activité physique. Mobilités actives au quotidien : le rôle des collectivités. Presses de l'EHESP ; 2013. Disponible sur : http://www.ecomobilite.org/IMG/pdf/rfvs-omsmobilites_actives.pdf [Page consultée le 25/02/2014].
- [6] Dietz WH. The role of lifestyle in health: the epidemiology and consequences of inactivity. *Proc Nutr Soc.* 1996 ; 55 (3) : 829–840.
- [7] Manger Bouger Professionnel : Déterminants de l'état nutritionnel, le rôle décisif de l'activité physique [en ligne]. MangerBouger, INPES ; [Page consultée le 26/02/2014]. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/s-informer-19/determinants-de-l-etat-nutritionnel/le-role-decisif-de-l-activite-physique.html>.
- [8] Flajolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Annexe 1 - La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative ; 2008. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf> [Page consultée le 25/02/2014].

- [9] Kuehle T, Sghedoni D, Visentin MD G, Gérvas J, Jamouille M. La prévention quaternaire, une tâche du médecin généraliste. *Santé conjugée*. 2011 ; 55 : 11–18.
- [10] Bazex J, Pène P, Rivière D. Les activités physiques et sportives - la santé - la société. *Bull Acad Natle Méd*. 2012 ; 196 (7) : 1429–1442.
- [11] Activité physique : Aide-mémoire N°384 [en ligne]. OMS ; 2014 [Page consultée le 04/09/2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/fr/>.
- [12] Inserm. Activité physique : Contextes et effets sur la santé. Synthèse et recommandations. Inserm ; 2008. Disponible sur : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/98/expcol_2008_activite_synthese_fr.pdf [Page consultée le 17/02/2014].
- [13] Det Økologiske Råd, Hjerteforeningen, Skole & Samfund og Dansk Cyklist Forbund. Cykling, motion, miljø og sundhed ; 2005. Disponible sur : <http://ecocouncil.dk/documents/publikationer/245-05-cykelrapport> [Page consultée le 06/09/2014].
- [14] Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet og helse - Kartlegging, Rapport nr 1/2001 ; 2001. Disponible sur : <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-helse-kartlegging/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-helse-kartlegging.pdf> [Page consultée le 06/09/2014].
- [15] Martin BW, Beeler I, Szucs T, Smala AM, Brügger O, Casparis C, et al. Economic benefits of the health-enhancing effects of physical activity : first estimates for Switzerland. *Sportmedizin und Sporttraumatologie*. 2001 ; 49 (3) : 131–133.
- [16] Sundhedsstyrelsen ; Center for Forebyggelse. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling ; 2003. Disponible sur : http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/cff/Fysisk_aktivitet_haandbog2udg/fysisk_aktivitet_haandbog2udg.pdf [Page consultée le 06/09/2014].
- [17] OMS. Health and Development Through Physical Activity and Sport ; 2003. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_PAH_03.2.pdf [Page consultée le 06/09/2014].
- [18] Ege C, Krag T. Cycling will improve environment and health. *Det Økologiske Råd et Thomas Krag Mobility Advice* ; 2005. Disponible sur : <http://www.cycle-helmets.com/denmark.pdf> [Page consultée le 03/09/2014].
- [19] Thomas D, Elliott EJ, Naughton GA. Exercise for type 2 diabetes mellitus (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 ; 19 (3) : CD002968.
- [20] Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical Activity and Stroke Risk: A Meta-Analysis. *Stroke*. 2003 ; 34 (10) : 2475–2481.
- [21] Watson L, Ellis B, Leng G. Exercise for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 ; (4) : CD000990.
- [22] O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, Goldhaber SZ, Olmstead EM, Paffenbarger RS, et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation*. 1989 ; 80 (2) : 234–244.
- [23] Friedenreich CM, Orenstein MR. Physical activity and cancer prevention: etiologic evidence and biological mechanisms. *J Nutr*. 2002 ; 132 (11) : 3456S–3464S.

- [24] Friedenreich CM, Cust AE. Physical activity and breast cancer risk: impact of timing, type and dose of activity and population subgroup effects. *Br J Sports Med.* 2008 ; 42 (8) : 636–647.
- [25] Tardon A, Lee WJ, Delgado-Rodriguez M, Dosemeci M, Albanes D, Hoover R, et al. Leisure-time physical activity and lung cancer: a meta-analysis. *Cancer Causes Control.* 2005 ; 16 (4) : 389–397.
- [26] Cust AE, Armstrong BK, Friedenreich CM, Slimani N, Bauman A. Physical activity and endometrial cancer risk: a review of the current evidence, biologic mechanisms and the quality of physical activity assessment methods. *Cancer Causes Control.* 2007 ; 18 (3) : 243–258.
- [27] Larson EB, Wang L, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, Crane P, et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med.* 2006 ; 144 (2) : 73–81.
- [28] Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addiction.* 2007 ; 102 (4) : 534–543.
- [29] HAS. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique ; 2000. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombalgie_dec2000_recos.pdf [Page consultée le 15/02/2014].
- [30] Prescrire. Syndrome polyalgique idiopathique diffus : traitement. Idées-forces tirées de Prescrire. *Rev Prescrire.* 2012 ; 340.
- [31] Friedenreich CM, Thune I. A review of physical activity and prostate cancer risk. *Cancer Causes Control.* 2001 ; 12 (5) : 461–475.
- [32] Cherkas LF, Hunkin JL, Kato BS, Richards JB, Gardner JP, Surdulescu GL, et al. The association between physical activity in leisure time and leukocyte telomere length. *Arch Intern Med.* 2008 ; 168 (2) : 154–158.
- [33] Duclos M. Sport, hormones et vieillissement. *Science et Sports.* 2006 ; 21 (4) : 194–198.
- [34] Afssa. Le guide nutrition pendant et après la grossesse. Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé ; 2007. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1060.pdf> [Page consultée le 09/09/2014].
- [35] Laure P. Activités physiques et santé. Paris : Ellipses ; 2007.
- [36] PAPRICA. Promotion de l'activité physique au cabinet médical : manuel de référence à l'intention des médecins. Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne, Office fédéral du sport de Macolin, Collège de Médecine de Premier Recours et Ligue vaudoise contre les maladies cardiovasculaires ; 2009. Disponible sur : http://www.paprica.ch/WP_1/wp-content/uploads/paprica-manuel-de-reference.pdf [Page consultée le 18/09/2014].
- [37] Oppert JM, Simon C, Rivière D, Guezennec CY. Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques. Ministère de la Santé et des Solidarités et Société Française de Nutrition ; 2005. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actions42_activite.pdf [Page consultée le 26/01/2014].

- [38] International Physical Activity Questionnaire (version longue) [en ligne]. IPAQ group ; [Page consultée le 19/06/2014]. Disponible sur : https://sites.google.com/site/theipaq/questionnaire_links/IPAQ_French_telephone_long.doc?attredirects=0&d=1.
- [39] International Physical Activity Questionnaire (version courte) [en ligne]. IPAQ group, Programme Pralimap ; [Page consultée le 19/06/2014]. Disponible sur : http://www.evaluation-nutrition.fr/outils.html?file=tl_files/evalin/fichiers/outils/outil_14.pdf.
- [40] Questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ). Guide pour l'analyse [en ligne]. OMS ; [Page consultée le 19/04/2014]. Disponible sur : http://www.who.int/chp/steps/GPAQ_Analysis_Guide_FR.pdf.
- [41] Deschamps S. Évaluation du niveau d'activité physique de la population de la Pointe de Caux (Territoire du Schéma de Cohérence Territoriale Le Havre Pointe de Caux Estuaire). Th. Méd. : Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen ; 2009.
- [42] Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003 ; 35 (8) : 1381–1395.
- [43] Questionnaire activité physique (semi-quantitatif) simplifié pour médecins généralistes/praticiens [en ligne]. PAPRICA ; [Page consultée le 06/11/2013]. Disponible sur : http://www.paprica.ch/WP_1/wp-content/uploads/questionnaire-activite-phys.pdf.
- [44] Questionnaire d'auto-évaluation de Ricci et Gagnon, modifié par F. Laureyns et JM. Séné [en ligne]. F. Laureyns et JM. Séné ; [Page consultée le 04/11/2013]. Disponible sur : <http://www.capas.fr/medias/files/test-ricci-gagnon-1.pdf>.
- [45] Nolin B ; Institut national de santé publique du Québec. Intensité de pratique d'activité physique : définitions et commentaires. *Infokine.* 2006 ; 16 (1) : 5–10.
- [46] Foster C, Porcari JP, Anderson J, Paulson M, Smaczny D, Webber H, et al. The talk test as a marker of exercise training intensity. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2008 ; 28 (1) : 24–32.
- [47] Karvonen J, Vuorimaa T. Heart rate and exercise intensity during sports activities. Practical application. *Sports Med.* 1988 ; 5 (5) : 303–311.
- [48] Tudor-Locke C, Hatano Y, Pangrazi RP, Kang M. Revisiting « How Many Steps Are Enough? ». *Med Sci Sports Exerc.* 2008 ; 40 (7 Suppl) : S537–543.
- [49] Guelec F. Méthodes de mesure de l'activité physique, intérêt du podomètre dans l'incitation à l'activité physique en médecine générale : une revue de la littérature. Th. Méd. : Université de Nantes, Faculté de médecine ; 2009.
- [50] Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. InfoPOEMS: The Clinical Awareness System. L'utilisation du podomètre augmente le degré d'activité physique et pourrait donc favoriser la perte de poids. *Le Médecin du Québec.* 2008 ; 43 (4) : 22–24. Disponible sur : <http://lemedecinduquebec.org/Media/99232/021-024InfoPoems0408.pdf> [Page consultée le 12/09/2014].

- [51] HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours ; 2011. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_adulte_premiers_recours.pdf [Page consultée le 18/02/2014].
- [52] HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent ; 2011. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_enfant_adolescent.pdf [Page consultée le 18/02/2014].
- [53] HAS. Guide affection longue durée. Maladie coronarienne ; 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_maladie_coronarienne_version_web_.pdf [Page consultée le 18/02/2014].
- [54] Afssaps ANSM. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique ; 2005. Disponible sur : http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enphro/recommandations/Afssaps/2005/dyslipemie_argu.pdf [Page consultée le 18/02/2014].
- [55] INPES. Baromètre santé nutrition. Activité physique et sédentarité ; 2008. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf> [Page consultée le 26/01/2014].
- [56] DREES. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011. Objectif 9 : Sédentarité et inactivité physique. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique, et de la Réforme de l'état et Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale ; 2012. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf [Page consultée le 18/02/2014].
- [57] Guinhouya B, Vilhelm C, Allogio C, Apété G, Zitouni D, Redlich Y, et al. Niveau d'activité physique objectivement mesurée chez des enfants du Nord de la France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2010 ; 27-28 : 296–300.
- [58] Direction Générale de l'Éducation et de la Culture. Eurobaromètre spécial 334 : Sport et activités physiques ; 2010. Disponible sur : http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_fr.pdf [Page consultée le 18/02/2014].
- [59] European Commission ; Directorate-General for Mobility and Transport. Special Eurobarometer 406. Attitudes of Europeans towards urban mobility ; 2013. Disponible sur : http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_406_en.pdf [Page consultée le 18/02/2014].
- [60] Bauman A, Bull F, Chey T, Craig CL, Ainsworth BE, Sallis JF, et al. The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. Int J Behav Nutr Phys Act. 2009 ; 6 : 21.
- [61] Booth ML, Bauman A, Owen N, Gore CJ. Physical activity preferences, preferred sources of assistance, and perceived barriers to increased activity among physically inactive Australians. Prev Med. 1997 ; 26 (1) : 131–137.
- [62] Brownson RC, Baker EA, Housemann RA, Brennan LK, Bacak SJ. Environmental and

- policy determinants of physical activity in the United States. *Am J Public Health*. 2001 ; 91 (12) : 1995–2003.
- [63] Assureurs prevention ; IRMES. Pratique de l'activité physique ou sportive. Comment faire bouger les Français ? Assureurs prevention ; 2013. Disponible sur : http://www.assureurs-prevention.fr/sites/upload/docs/application/pdf/2013-09/dossier_de_presse_activite_physique_2013_ap_web.pdf [Page consultée le 02/09/2014].
- [64] Assureurs prevention ; IRMES. Quel est le niveau d'activité physique ou sportive de la population française ? Assureurs prevention ; 2014. Disponible sur : http://www.assureurs-prevention.fr/sites/upload/docs/application/pdf/2014-06/synthese_de_l'enquete_2014-06-17_16-48-40_179.pdf [Page consultée le 02/09/2014].
- [65] Comité scientifique de Kino-Québec. Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec ; 2004. Disponible sur : <http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/AvisStrategies.pdf> [Page consultée le 20/02/2014].
- [66] Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, Hill JO, Birch LL, Frank LD, et al. Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points. *Nutr Rev*. 2001 ; 59 (3) : S21–39.
- [67] Emo S. Activité physique et Santé : Étude comparative de trois villes européennes. Th. Méd. : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2004.
- [68] Edwards P, Tsouros A. Promouvoir l'activité physique en ville. Le rôle des autorités locales. OMS et Ministère de la Santé et des Sports ; 2006. Disponible sur : http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/oms_promouvoir_activite_physique.pdf [Page consultée le 21/02/2014].
- [69] Simon C, Wagner A, Platat C, Arveiler D, Schweitzer B, Schlienger JL, et al. ICAPS: a multilevel program to improve physical activity in adolescents. *Diabetes Metab*. 2006 ; 32 (1) : 41–49.
- [70] OMS. Série informations sur la santé à l'école. Action locale. Créer des écoles-santé ; 2011. Disponible sur : http://www.who.int/school_youth_health/resources/en/local_action_french.pdf [Page consultée le 24/02/2014].
- [71] Kickbusch I, Jones JT, O'Byrne D ; UNESCO. Les écoles-santé : La promotion de la santé telle que la conçoit l'Organisation mondiale de la santé. *Connexion : bulletin international de l'enseignement scientifique et technologique et de l'éducation environnementale de l'UNESCO*. 1998 ; 23 (2) : 1–4.
- [72] Le Mancq F, Frenkiel S, Bejarano I. Les activités physiques et sportives et la santé des salariés sur le milieu de travail. État des lieux et préconisations. Centre Maurice Halbwachs, UMR 8097, CNRS-EHESS-ENS ; 2012. Disponible sur : http://poledoc.bibli.fr/opac/doc_num.php?explnum_id=547 [Page consultée le 01/03/2014].

- [73] Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Social. Évaluation de l'expérimentation « généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ». Observatoire Régional de Santé Bretagne ; 2012. Disponible sur : http://orsbretagne.typepad.fr/2012/Rapport_final_Ehpad_leger.pdf [Page consultée le 28/02/2014].
- [74] Arrêté du 27 février 2007 fixant les conditions relatives aux informations à caractère sanitaire devant accompagner les messages publicitaires ou promotionnels en faveur de certains aliments et boissons. J Off Répub Fr Lois Décrets. 28 février 2007 ; 50 : 3725. NOR : SANP0720073A.
- [75] Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif. 1992 ; 28 : 183–218.
- [76] Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports de Lorraine et de Meurthe et Moselle. Activités physiques à des fins préventives ; 2005. Disponible sur : http://www.paca.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_activit-s_physiques.pdf [Page consultée le 12/09/2014].
- [77] Ogilvie D, Foster CE, Rothnie H, Cavill N, Hamilton V, Fitzsimons CF, et al. Interventions to promote walking: systematic review. BMJ. 2007 ; 334 : 1204.
- [78] Bize R, Surbeck R, O P, Peduzzi F, Cornuz J, Martin B. Promotion de l'activité physique au cabinet médical : où en sommes-nous en Suisse ? Revue Médicale Suisse. 2007 ; 135 : 1–7.
- [79] Laure P. Repérage précoce et intervention brève auprès des personnes insuffisamment actives. Science et Sports. 2010 ; 25 (1) : 17–20.
- [80] Marshall AL, Smith BJ, Bauman AE, Kaur S. Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors. Br J Sports Med. 2005 ; 39 (5) : 294–297.
- [81] HAS. Rapport d'orientation. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées ; 2011. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf [Page consultée le 18/02/2014].
- [82] Toussaint JF. Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive. Rapport préparatoire de la Commission Prévention, Sport et Santé. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative ; 2008. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapPreventionActivite-2008.pdf> [Page consultée le 10/09/2014].
- [83] Bazex J, Pène P, Rivière D. Activités physiques et santé ; 2012. Disponible sur : http://www.limousin.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante.pdf [Page consultée le 19/02/2014].
- [84] Gerin C. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. Th. Méd. : Université de Rennes 1, Faculté de médecine ; 2010.

- [85] Fiche d'examen médical de non contre-indication apparente à la pratique d'un sport [en ligne]. Société Française de Médecine du Sport ; [Page consultée le 04/11/2013]. Disponible sur : http://www.rhone-alpes.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/sfms_visite_nci.pdf.
- [86] Test de Ruffier-Dickson [en ligne]. Bruno Chauzi, Entraînement-sportif.fr ; [Page consultée le 26/02/2014]. Disponible sur : <http://entrainement-sportif.fr/ird-ruffier-dickson.htm>.
- [87] Contenu du bilan cardiovasculaire de la visite de non contre indication à la pratique du sport en compétition entre 12 et 35 ans [en ligne]. Société Française de Cardiologie ; [Page consultée le 26/02/2014]. Disponible sur : <http://www.sfcadio.fr/recommandations/sfc/contenu-du-bilan-cardiovasculaire-de-la-visite-de-non-contre-indication-a-la-pratique-du-sport-en-competition-entre-12-et-35-ans/>.
- [88] Corrado D, Pelliccia A, Bjørnstad HH, Vanhees L, Biffi A, Borjesson M, et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2005 ; 26 (5) : 516–524.
- [89] Abraham P, Bruneau A, Bickert S. Certificats et pratique sportive. Service d'explorations fonctionnelles de l'effort CHU Angers ; 2013. Disponible sur : http://www.med.univ-angers.fr/fr/formation-1/fmc/cours-en-ligne/_attachments/2013/Cardiologie%252023.05.13/certificat%2520m%25C3%25A9decine%2520du%2520sport%25202013.pdf [Page consultée le 27/02/2014].
- [90] Conseil Scientifique du CNGE. Faut-il faire un ECG de repos lors de la visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition chez les sujets âgés de 12 à 35 ans ? ; 2012. Disponible sur : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/cp_cs_cnge_ecg_aptitude_sport.pdf [Page consultée le 26/02/2014].
- [91] Société française de cardiologie. Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la pratique des épreuves d'effort chez l'adulte en cardiologie. *Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux.* 1997 ; 90 (1) : 77–91.
- [92] Medelli J. Les épreuves d'effort en médecine du sport. Conférence de consensus. *Science et Sports.* 1998 ; 13 (4) : 174–187.
- [93] Medelli J, Berteau P, Carré F, Eclache JP, Fouillot JP, Friemel F, et al. Position de consensus de la Société Française de Médecine du Sport concernant la directive n°000149 du 3 avril 2001 sur les épreuves d'effort des sportifs de haut niveau. *Science et Sports.* 2002 ; 17 (1) : 48–50.
- [94] Depiesse F, Grillon JL, Coste O. Prescription des activités physiques : en prévention et en thérapeutique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier, Masson ; 2009.
- [95] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2011-2015 ; 2011. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf [Page consultée le 19/02/2014].

- [96] Manger Bouger : Programme national nutrition santé [en ligne]. Manger Bouger, INPES ; [Page consultée le 24/02/2014]. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/pnns/>.
- [97] Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de la Mer ; Ministère de la Santé et des Transports ; Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ; Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville. Santé Environnement : 2è Plan national 2009>2013, Des actions concrètes pour la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement ; 2009. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE2.pdf> [Page consultée le 02/09/2014].
- [98] Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat, Direction générale de l'énergie et du climat. Le plan particules : Des mesures nationales et locales pour améliorer la qualité de l'air ; 2010. Disponible sur : http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/plan_particules_complet.pdf [Page consultée le 02/09/2014].
- [99] Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie ; Ministère délégué aux Transports, à la Mer et à la Pêche. Plan d'actions pour les mobilités actives (PAMA) : La marche et le vélo ; 2014. Disponible sur : http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/DP_-_mobilites_actives_-_05-03-14.pdf [Page consultée le 02/09/2014].
- [100] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan Obésité 2010-2013 ; 2010. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf [Page consultée le 02/09/2014].
- [101] Ministère de la Santé ; Ministère de la Solidarité ; Ministère de la Recherche. Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 ; 2008. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012-2.pdf [Page consultée le 03/09/2014].
- [102] Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville ; Secrétariat d'état chargé de la Famille et de la Solidarité ; Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 ; 2009. Disponible sur : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_Schema-national-Handicap-rare-2-2.pdf [Page consultée le 03/09/2014].
- [103] Ministre des Affaires sociales et de la Santé ; Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Plan cancer 2014-2019, Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France ; 2014. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf [Page consultée le 03/09/2014].
- [104] Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ; Ministère des Affaires sociales et de la Santé ; Ministère de l'Économie et des Finances. Plan cancer 2009-2013. Rapport final au président de la République ; 2013. Disponible sur : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/10625-rapport-final-du-plan-cancer-2009-2013 [Page consultée le 03/09/2014].
- [105] Ministère de la Santé et des Sports ; Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique ; Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 » ; 2010. Disponible sur :

- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_actions_AVC_-_17avr2010.pdf [Page consultée le 03/09/2014].
- [106] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ; 2007. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf [Page consultée le 03/09/2014].
- [107] Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Présentation du Plan « Santé des jeunes » ; 2008. Disponible sur : http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/plan_sante_jeunes.pdf [Page consultée le 01/09/2014].
- [108] Menninger DJ. Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie ; 2013. Disponible sur : http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_DF.pdf [Page consultée le 03/09/2014].
- [109] Ministère de la Santé et des Solidarités ; 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. Plan national « Bien vieillir » 2007-2009 ; 2007. Disponible sur : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf [Page consultée le 02/09/2014].
- [110] Rivière D. Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés. Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie Associative ; 2013. Disponible sur : http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapportseniors_m3-3.pdf [Page consultée le 02/09/2014].
- [111] PACE Projects [en ligne]. PACE ; 2007 [Page consultée le 24/02/2014]. Disponible sur : <http://www.paceproject.org>.
- [112] Calfas KJ, Long BJ, Sallis JF, Wooten WJ, Pratt M, Patrick K. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Prev Med.* 1996 ; 25 (3) : 225–233.
- [113] Smith BJ, van der Ploeg HP, Buffart LM, Bauman AE. Encouraging physical activity: Five steps for GPs. *Aust Fam Physician.* 2008 ; 37 (1-2) : 24–28.
- [114] Goldstein MG, Pinto BM, Marcus BH, Lynn H, Jette AM, Rakowski W, et al. Physician-based physical activity counseling for middle-aged and older adults: a randomized trial. *Ann Behav Med.* 1999 ; 21 (1) : 40–47.
- [115] Collège des Médecins de Famille du Canada [en ligne]. CMFC ; 2014 [Page consultée le 24/02/2014]. Disponible sur : <http://www.cfpc.ca>.
- [116] Aittasalo M, Miilunpalo S, Ståhl T, Kukkonen-Harjula K. From innovation to practice: initiation, implementation and evaluation of a physician-based physical activity promotion programme in Finland. *Health Promot Int.* 2007 ; 22 (1) : 19–27.
- [117] Professional associations for physical activity (Sweden). *Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease.* Swedish National Institute of Public Health ; 2010. Disponible

- sur : http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/fyss_2010_english.pdf [Page consultée le 12/09/2014].
- [118] Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2003; 326 : 793.
- [119] Grandes G, Sanchez A, Sanchez-Pinilla RO, Torcal J, Montoya I, Lizarraga K, et al. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Arch Intern Med*. 2009; 169 (7) : 694–701.
- [120] Le Breton J. Promotion de l'activité physique au cabinet de médecine générale : revue de la littérature. Th. Méd. : Université Joseph Fourier Grenoble 1, Faculté de médecine de Grenoble ; 2013.
- [121] Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Republished research: Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Sports Med*. 2013; 47 (1) : 27.
- [122] Sørensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription in general practice: a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24 (2) : 69–74.
- [123] Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: Who has and who should be counseling? *Patient Educ Couns*. 2006; 64 (1-3) : 6–20.
- [124] Schlienger JL, Atlan G. L'art de prescrire l'activité physique. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2009; 3 (1) : 39–42.
- [125] Faure A. Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids : analyse des freins en médecine générale. Th. Méd. : Université Pierre et Marie Curie, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie (Paris 6); 2011.
- [126] Lefèvre K. Intérêt de l'exercice physique régulier en prévention chez le sujet âgé. Faisabilité en pratique de médecine générale. *NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie*. 2009; 9 (50) : 72–78.
- [127] Maracci A. Conseil et prescription de l'activité physique au cabinet médical. Mémoire de DESS : Université de Lausanne, Institut d'économie et de management de la santé ; 2006.
- [128] Dorange A. Évaluation qualitative de la prescription de l'activité physique régulière en soins primaires aux patients présentant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire. Th. Méd. : Université Paris Est Créteil, Faculté de médecine de Créteil ; 2013.
- [129] DRJSCS Rhône-Alpes ; ARS Rhône-Alpes. Plan régional sport santé bien être 2013-2017 ; 2014. Disponible sur : http://www.rhone-alpes.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/20140704_PlanRegionalSportSanteBienEtre-2.pdf [Page consultée le 25/08/2014].
- [130] DRJSCS de Champagne-Ardenne. Feuille de route de la mission sport santé DRJSCS de Champagne-Ardenne (29 janvier 2012); 2012. Disponible sur : http://www.champagne-ardenne.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/Feuille_de_route_du_29_janvier_2012_mission_sport_sante_29_janvier_2012-2.pdf [Page consultée le 02/03/2014].

- [131] DRJSCS Midi-Pyrénées ; ARS Midi-Pyrénées. Plan régional Sport Santé Bien-être en Midi-Pyrénées 2013 - 2016 ; 2013. Disponible sur : <http://www.drjscs-mp.fr/telechargement.php?ID=1344> [Page consultée le 04/06/2014].
- [132] Depiesse F, Bacon M. Effort et Forme en Midi-Pyrénées, prise en charge des porteurs de pathologies chroniques par les activités physiques. In : La Santé Enjeux, Limoges, 17 octobre 2013. efFORMip Midi-Pyrénées et CDOS Haute-Vienne. Disponible sur : http://www.limousin.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/intervention_EFFORMIP_M-_BACON.pdf [Page consultée le 22/04/2014].
- [133] DRJSCS de Champagne-Ardenne. Mission régionale sport santé : pourquoi, quoi, comment, avec qui ? ; 2012. Disponible sur : http://www.champagne-ardenne.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/Mission_regionale_sport_sante.pdf [Page consultée le 02/03/2014].
- [134] Gasparini W, Knobé S. Sport/santé sur ordonnance. La prescription médicale d'activité physique : quels effets sur la santé des strasbourgeois ? Analyse qualitative du rapport à la pratique des patients. Université de Strasbourg et Agence régionale de santé d'Alsace ; 2013.
- [135] Herzog F. Étude de 65 patients inclus dans l'expérimentation strasbourgeoise « Sport-Santé sur ordonnance ». Évolution du niveau d'activité physique et de la qualité de vie après 6 mois. Th. Méd. : Université de Strasbourg, Faculté de médecine de Strasbourg ; 2014.
- [136] ARS ; Ville de Saint-Etienne ; Préfecture de la Loire. Contrat Local de Santé de la Ville de Saint-Etienne 2013-2017 ; 2013. Disponible sur : <http://www.saint-etienne.fr/download/file/fid/32013> [Page consultée le 22/04/2014].
- [137] Fourneyron V, Touraine M. La pratique des activités physiques et sportives facteur de santé publique. In : Intervention en Conseil des Ministres, 10 octobre 2012. Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie Associative. Disponible sur : <http://www.capgeris.com/docs/pu/297568/allocation-vf-mt-cm-10102012-1.pdf> [Page consultée le 12/02/2014].
- [138] Bernard F. Prescription d'activités physiques et sportives en médecine générale. Th. Méd. : Université Paris 11, Faculté de médecine Paris-Sud ; 2008.
- [139] Piot Andre E. Moyens à mettre en oeuvre pour obtenir une augmentation de l'activité physique de nos patients. Th. Méd. : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen ; 2010.
- [140] Étienne L. Contre-indications au sport [en ligne]. Docteurcllic.com ; 2007 [Page consultée le 24/08/2014]. Disponible sur : <http://www.docteurcllic.com/encyclopedie/contre-indications-au-sport.aspx>.
- [141] Dugdill L, Graham RC, McNair F. Exercise referral: the public health panacea for physical activity promotion? A critical perspective of exercise referral schemes; their development and evaluation. *Ergonomics*. 2005 ; 48 (11-14): 1390–1410.
- [142] Conseil AL. Activité physique et personnes atteintes de maladie chronique. Évaluation externe : les conditions de réussite permettant de construire un modèle, les dimensions de transférabilité des projets. Ministère chargé des sports, Ministère chargé

- de la santé et INPES ; 2013. Disponible sur : <http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/apsmaladiechronique2.pdf> [Page consultée le 03/06/2014].
- [143] Haroche A. Sport sans ordonnance. Journal International de Médecine [en ligne]. 5 mai 2014 [Page consultée le 10/09/2014]; Disponible sur : http://www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/21_rhumato/e-docs/sport_sans_ordonnance__145120/document_actu_pro.phtml.
- [144] Guerente S, Loudiyi C. Plan « Sport, Santé, Bien-Être » (SSBE), Haute-Normandie, 2013-2017. Préfet de la Région Haute-Normandie et ARS Haute-Normandie ; 2014. Disponible sur : http://www.haute-normandie.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/PlanSSBE_fev_2014_Web_VF.pdf [Page consultée le 03/06/2014].
- [145] Annuaire des médecins [en ligne]. Conseil national de l'ordre des médecins ; [Page consultée le 29/06/2014]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire>.

Annexes

Annexe 1 – Comités technique et de pilotage

Comité de pilotage au 18/09/2013

NOM	Structure	Fonction
Institutions		
BATIH Séverine	ARS Rhône-Alpes	Pôle prévention et promotion de la santé
CANOVA Marie-Christine	Conseil général	Responsable délégation enfance jeunesse famille
DESSEUX Marc	DDCSPP Savoie	Conseiller d'animation
FOTIADI Dimitri	Conseil général	Responsable éducation sport et jeunesse
JACQUOT Bernard	DDCSPP Savoie	Chef du pole sport
LEFEBURE Odile	Mairie de Chambéry	Service environnement et santé publique
Dr OTTAVY Maud	DRJSCS Rhône-Alpes	Médecin inspecteur régional
QUINQUET Béatrice	Chambéry métropole	Direction transport
STUMPF Céline	ARS Savoie	Responsable prévention et promotion de la santé
VALENTINO Christophe	Mairie de Chambéry	Directeur des sports
Professionnels de santé		
M.le Président	URPS médecins RA	Président
Dr DESCOMBE Fabrice	Terre de Savoie	Médecin volontaire
Dr GUEDEL Xavier	MG73	Médecin volontaire
Dr KELKEL Eric	Hôpital de Chambéry	Médecin volontaire
Dr MOLINA d'ARANDA de DARRAX Pierre	Médecin volontaire	Initiateur du projet
Dr VIGNOULLE Jean-Luc	Pôle de santé Nord	Médecin volontaire
Assurances et mutuelles		
PLATTET Guy	CPAM	
Acteurs associatifs		
AMI Coentin	CDOS Savoie	Agent de développement
AUSSEDAT Philippe	Génération mouvement	Président Savoie
CHATELAIN Magali	IREPS-RA Savoie Haute-Savoie	Directrice
DODIER Gwenaél	Agence Ecomobilite	Chargée de missions
GOSELIN Gregory	Maison des réseaux et SAVEDIAB	Directeur
MERCAT Nicolas	Agence Ecomobilite	Président
POULET Véronique	IREPS-RA Savoie Haute-Savoie	Directrice
Scientifiques		
REINERT Carine	Interne en médecine générale	Lyon / Vienne

Annexe 1 – Comités technique et de pilotage

Comité de pilotage au 19 février 2014

NOM	Prénom	Structure	Fonction
AUSSEDAT	Philippe	Génération mouvement	Président Savoie
BARBOUSSAT	Yves	Mairie de Chambéry	Adjoint sport
CADET	Albert	CDOS Savoie	Président commission médicale
CANOVA	Marie-Christine	Conseil général	Responsable délégation enfance jeunesse famille
FERRARI	Philippe	ARS Savoie	Directeur
FOTIADI	Dimitri	Conseil général	Responsable éducation sport et jeunesse
GOSELIN	Gregory	Maison des réseaux et SAVEDIAB	Directeur
GUILLOT	Edmond	CPAM	Sous-directeur - chargé relation professionnel santé
MAMIS	Didier	DDCSPP Savoie	Directeur
MANIEZ	Julien	Agence Ecomobilité	Directeur
MERCAT	Nicolas	Agence Ecomobilité	Président
PLATTET	Guy	CPAM	Directeur
QUINQUET	Béatrice	Chambéry métropole - direction des transports	Ingénieur déplacement
STARCK	Catherine	Conseil général - délégation départementale PMI	Chef du service coordination médico-sociale et mode d'accueil petite enfance
STUMPF	Céline	ARS Savoie	Responsable prévention et promotion de la santé
VANGI	Jean-Louis	Conseil départemental de l'ordre des médecins	Président
VIGNOULLE	Jean-Luc	Pôle de santé Nord	Médecin volontaire

Comité technique au 19 février 2014

NOM	Prénom	Structure	Fonction
AMI	Corentin	CDOS Savoie	Agent de développement
APSITE	Pauline	Maison des réseaux et SAVEDIAB	Educateur en APA
BAVEREL	Georges	Génération mouvement	Administrateur (médecin)
CHATELAIN	Magali	IREPS-RA Savoie Haute-Savoie	Directrice
CLERC	Jean-Baptiste	CPAM	Responsable communication
DESCOMBE	Fabrice	Terre de Savoie	Médecin volontaire
DESSEUX	Marc	DDCSPP Savoie	Conseiller d'animation
DODIER	Gwenaél	Agence Ecomobilité	Chargée de missions
FAYOLLE	Damien	Conseil de l'ordre des kinésithérapeutes	Président
JACQUOT	Bernard	DDCSPP Savoie	Chef du pôle sport
MOLINA D'ARANDA	Pierre	Osthéopathe	Médecin volontaire
MOMIRON	Claire	Pôle de santé Chambéry Nord	Chargée de missions
PEYNOT	Lucile	CDOS Savoie	Stagiaire en APA
REINERT	Carine	Interne en médecine générale	Lyon / Vienne
VALENTINO	Christophe	Mairie de Chambéry	Directeur des sports
ZENOU	Sylvie	CPAM	Chargée de prévention

« Bouger sur prescription »

Comité de pilotage du 10 septembre 2014 – 14 h 30
Salle du Conseil – 7^{ème} étage - CPAM – 5 avenue Jean Jaurès – 73000 Chambéry

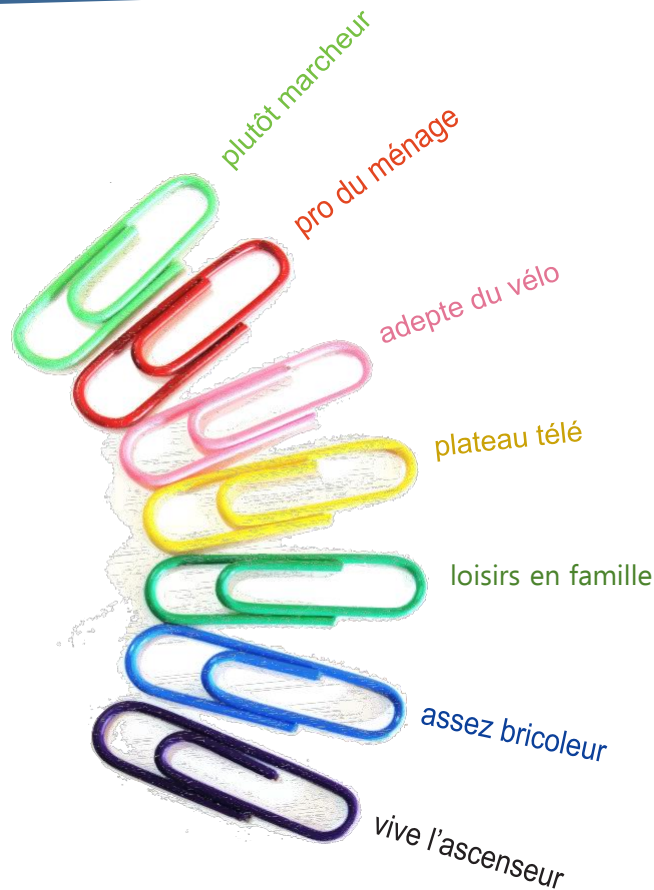
Comité de pilotage

AUSSEDAT	Philippe	Génération Mouvement	Président Savoie
LEGER	Bernard	Mairie de Chambéry	Adjoint sport
CADET	Albert	CDOS Savoie	Président commission médicale
CANOVA	Marie-Christine	Conseil Général	Responsable de la délégation départementale enfance jeunesse famille
FERRARI	Philippe	ARS Savoie	Directeur
FOTIADI	Dimitri	Conseil Général	Responsable éducation sport et jeunesse
GOSELIN	Gregory	maison des réseaux et SAVEDIAB	Directeur
GUILLOT	Edmond	CPAM	Sous-Directeur - chargé relation professionnel santé
MAMIS	Didier	DDCSPP Savoie	Directeur
MANIEZ	Julien	Agence Ecomobilité	Directeur
MERCAT	Nicolas	Agence Ecomobilité	Président
PLATTET	Guy	CPAM	Directeur
QUINQUET	Béatrice	Chambéry métropole - Direction des transports	Ingénieur déplacement
STARCK	Catherine	Conseil Général - délégation départementale PMI	Responsable du service promotion de la santé et interventions de prévention médico-sociales
STUMPF	Céline	ARS Savoie	Responsable prévention et promotion de la santé
VANGI	Jean-Louis	Conseil départemental de l'ordre des médecins	Président
VIGNOULE	Jean-Luc	Pôle de Santé Nord	Médecin volontaire
BIASOTTO	Jérôme	Conseil régional Rhône-Alpes	Responsable du service santé environnement

Comité technique :

AMI	Corentin	CDOS Savoie	Agent de développement
APSITE	Pauline	maison des réseaux et SAVEDIAB	Educateur APA
BAVEREL	Georges	Génération Mouvement	Administrateur (médecin)
CHATELAIN	Magali	IREPS-RA Savoie-Haute Savoie	Directrice
CLERC	Jean-Baptiste	CPAM	Responsable communication
DESCOMBE	Fabrice	Terre de Savoie	Médecin volontaire
DESSEUX	Marc	DDCSPP Savoie	Conseiller d'animation
DODIER	Gwenaél	Agence Ecomobilité	Chargée de missions
FAYOLLE	Damien	Conseil de l'ordre des kinésithérapeutes	Président
JACQUOT	Bernard	DDCSPP Savoie	Chef du pôle sport
MOLINA D'ARANDA	Pierre	Ostéopathe	Médecin volontaire
MOMIRON	Claire	Pôle de Santé Chambéry Nord	Chargée de missions
REINERT	Carine	Interne médecine générale	Lyon/Vienne
VALENTINO	Christophe	Mairie de Chambéry	Directeur des sports
ZENOU	Sylvie	CPAM	Chargée de prévention

30 minutes d'activité physique par jour
prévient les maladies graves.



BOUGEZ-VOUS ?!

Pour savoir quel bougeur vous êtes, faites le test « **Bougez-vous ?!** »
à disposition dans ce cabinet médical, et parlez-en à votre médecin.





BOUGEZ-VOUS ?



Bougez-vous pour votre santé

Le cœur, les poumons, tous les organes ont besoin de bouger. Être sédentaire est un facteur de risque pour de nombreuses maladies. Être actif permet de prévenir ces maladies et de mieux les gérer. Le mouvement agit sur le cœur, les muscles, les os, les articulations et le système nerveux. Il aide à maintenir un poids santé, à améliorer l'humeur et à réduire le stress.

Le mouvement agit sur le cœur, les muscles, les os, les articulations et le système nerveux. Il aide à maintenir un poids santé, à améliorer l'humeur et à réduire le stress. Le mouvement agit sur le cœur, les muscles, les os, les articulations et le système nerveux. Il aide à maintenir un poids santé, à améliorer l'humeur et à réduire le stress.

Plusieurs études internationales ont montré que le mouvement agit sur le cœur, les muscles, les os, les articulations et le système nerveux. Il aide à maintenir un poids santé, à améliorer l'humeur et à réduire le stress. Le mouvement agit sur le cœur, les muscles, les os, les articulations et le système nerveux. Il aide à maintenir un poids santé, à améliorer l'humeur et à réduire le stress.



Le mouvement agit sur le cœur, les muscles, les os, les articulations et le système nerveux. Il aide à maintenir un poids santé, à améliorer l'humeur et à réduire le stress.

Le mouvement agit sur le cœur, les muscles, les os, les articulations et le système nerveux. Il aide à maintenir un poids santé, à améliorer l'humeur et à réduire le stress. Le mouvement agit sur le cœur, les muscles, les os, les articulations et le système nerveux. Il aide à maintenir un poids santé, à améliorer l'humeur et à réduire le stress.

Le mouvement agit sur le cœur, les muscles, les os, les articulations et le système nerveux. Il aide à maintenir un poids santé, à améliorer l'humeur et à réduire le stress. Le mouvement agit sur le cœur, les muscles, les os, les articulations et le système nerveux. Il aide à maintenir un poids santé, à améliorer l'humeur et à réduire le stress.

Le mouvement agit sur le cœur, les muscles, les os, les articulations et le système nerveux. Il aide à maintenir un poids santé, à améliorer l'humeur et à réduire le stress. Le mouvement agit sur le cœur, les muscles, les os, les articulations et le système nerveux. Il aide à maintenir un poids santé, à améliorer l'humeur et à réduire le stress.



Bouger
su
PRESCRIPTION



le bien-être en bougeant,
la santé en mouvements.



Le rôle du médecin

Guide



SENSIBILISER tous les patients à la pratique d'une activité physique

- ☑ Affiche « Bouger vous ?! » et évaluation par le Test de Ricci et Gagnon réalisé en salle d'attente
- ☑ Questionnement sur la pratique de 30 mn d' « AP3R* » par jour

ACTIFS score > 18 pts

1. **VALORISER** le patient :
« C'est bien vous faites suffisamment d'AP »
2. **RENFORCER** sa motivation :
« Savez-vous que l'AP profite à votre santé en diminuant le risque de maladie de 30 à 50 % ? »
3. **Dans le doute, ne pas hésiter à prescrire 30 mn d'AP3R/j !**

INACTIFS PHYSIQUES score < 18 pts

1. **VALORISER** le patient :
« Vous ne faites pas rien, mais le test montre que votre pratique n'est pas suffisante ! »
2. **INVITER à la discussion** :
« Souhaitez-vous que l'on prenne du temps pour en parler ? »
3. **QUESTIONNER**:
« Faites-vous actuellement une activité physique dans votre vie quotidienne, professionnelle, et pour vous déplacer ? »
« Avez-vous l'intention d'augmenter votre pratique ? »
« Souhaitez-vous un accompagnement pour reprendre ou augmenter votre niveau d'AP ? »

Opposition du patient

1. **ECOUTER ET RESPECTER**
2. **NE PAS PRESCRIRE** 30 mn d'AP3R par jour
3. **INFORMER** sur les bénéfices de l'AP sur la santé
4. **INVITER** à reconsulter s'il souhaite augmenter son AP

Patient prêt au changement

1. **INFORMER** sur les bénéfices de l'AP sur la santé
2. **PRESCRIRE** 30 mn d'AP3R par jour
3. **PROPOSER sa participation à l'expérimentation**
4. **CHOISIR** le parcours 1, 2 ou 3

*AP3R = activité physique régulière, raisonnée, raisonnable

Choix des parcours 1, 2 ou 3

Patients inactifs, non opposés à la pratique d'AP, et consentant à l'expérience

	Patient motivé	Patient à motiver
Inactifs physiques	Parcours 1	Parcours 2
Inactifs physiques à risques de par leur situation de : maladie chronique ; handicap ; vieillesse ; précarité sociale	Parcours 2	Parcours 3

Modalité des parcours 1, 2 et 3

Parcours 1 Sensibilisation	Parcours 2 Orienté	Parcours 3 Coordonné
<ul style="list-style-type: none"> • Prescription de 30 minutes/j d'AP simple de mobilité quotidienne en autonomie (marche, vélo, escaliers) 	<ul style="list-style-type: none"> • Offre d'AP parmi les associations sportives, coach sportifs, réseaux et offre de mobilité active • Remise de la fiche de l'offre d'AP au patient • Certificat médical de non <u>contre-indication sportive</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention d'une « interface » qui évalue, oriente et suit le patient vers une AP adaptée • Remise des coordonnées de l'« interface » au patient • Certificat médical de non contre-indication sportive
10 patients par médecin	10 patients par médecin	5 patients par médecin

En adhérant à l'expérimentation, vos 25 patients pourront être contactés dans le cadre du suivi et de l'évaluation.

SYNTHESE

Rôle du médecin	Actions	Outils
1. SENSIBILISATION de tous les patients	- Entretien avec le patient et questionnement sur sa relation avec les AP -	- Affiche « bougez vous ? »
2. EVALUATION de la pratique d'AP	- Entretien avec le patient et questionnement sur son niveau d'AP	- Flyer avec test Ricci et Gagnon
3. DISCERNEMENT : prescription ou non de 30 min AP3R/ jour	-- Entretien avec le patient -- Prescription de 30 min d'AP3R/ jour si besoin	-- Arbre décisionnel -- Cercle de Prochaska
4. CHOIX DES PATIENTS -Adhésion à l'expérimentation -Orienter sur parcours 1, 2 ou 3	-- Faire remplir la fiche d'acceptation (parcours 1,2 et 3) - Remettre l'offre d'AP (parcours 2) ou le contact pour l'interface (parcours 3) -- Certificat médical de non contre indication pour parcours 2 et 3	-Fiche d'acceptation du patient pour entrer dans l'expérimentation -Flyer de l'offre d' AP -Flyer contact interface -Tableau indicatif des contres indications



Fiche d'adhésion au projet «Bouger sur prescription»

Votre médecin s'est inscrit dans une démarche de prescription d'activité physique sur ordonnance pour vous aider à prévenir les risques de maladies liées à l'inactivité physique (premier facteur de risque de maladies graves) et à acquérir une meilleure qualité de vie.

En complétant ce bulletin d'adhésion, vous validez votre participation au suivi et à l'évaluation de ce dispositif mis en place par les services de l'Etat et le Comité départemental olympique et sportif – avec le soutien de l'Assurance Maladie de Savoie.

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de **naissance** : _____

Adresse : _____

Tel : _____

Mail : _____
moyen de communication privilégié pour l'évaluation

Nom du médecin : _____

Date :

Signature du patient ou du tuteur légal :

A remplir par le médecin

Pathologie* :

- | | |
|--|---|
| HTA | Ostéoporose |
| Diabète | Prise de toxiques |
| Dyslipidémie | Anxiodépression |
| Tabagisme | Trouble de l'attention ou de la concentration |
| | Trouble de liens sociaux ou de la communication |
| ATCD familiaux d'accident cardiovasculaire précoce | Démence |
| Surpoids ou obésité | Déficiences physiques liées à l'âge |
| ATCD personnel de maladie cardiovasculaire | Invalidité et handicap |
| Cancer | Précarité sociale |
| | Autre (préciser) : _____ |

**La confidentialité et l'anonymat de ces données seront respectés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification ainsi qu'un droit d'opposition à leur traitement.*

Activités physiques adaptées Personnes en situation de handicap

La Galopp

Gymnastique pour adultes et enfants

Bernadette FRISON

tel | 06.79.84.27.20

mail | bernadette.frison@savoie.gouv.fr ou galopine73@gmail.com

web | http://galopins.e-monsite.com

Uniquement handicap physique, auditif et visuel

L'Alerte - Gentianes

Gymnastique - Lieu de pratique : Chambéry

Salomé CADOUX

tel | 06 77 77 54 47

mail | contact@alerte-gentianes.com

web | www.alerte-gentianes.com

Uniquement handicap mental

Archers du Roc Noir

Tir à l'arc

RENARD Sylvain

tel | 06.08.62.92.69 ou 06 73 06 85 34

mail | arc.roc.noir@wanadoo.fr

web | www.arccrocoir.onl.fr

Uniquement handicap physique et mental

Yacht Club Chambéry - Le Bourget du Lac

Voile

Nicolas CHOLET

tel | 04 79 25 21 66

mail | info@yubl.fr - web | www.yubl.fr

Uniquement handicap physique et visuel

Club Handisport de l'agglomération Chambérienne

Basket fauteuil, tennis de table, musculation

Francis BOUDET

tel | 04 57 78 05 01

mail | chac73@dbmail.com

Uniquement handicap physique et visuel

Elan Chambérien

Multisports

Nicolas BOUGON

tel | 09 73 60 92 98

mail | elannico@gmail.com

web | www.elanchamberien.fr

Uniquement handicap mental

Association des sourds de Cognin

Multisports

JEAN-PAUL GIRARD

tel | 06 85 14 73 74

mail | ascognin@hotmail.fr

web | www.ascognin.fr

Uniquement handicap auditif

Les jeunes Chamois

Multisports

Stéphanie Lutier

tel | 06 84 92 43 69

mail | lesjeuneschamois@yahoo.fr

Uniquement enfants en situation de handicap

physique, auditif et visuel



BOUGEZ-VOUS ?

30 minutes d'activité physique par jour préviennent des risques de maladies graves et contribuent au bien-être.



Se déplacer à pied ou vélo : un bon moyen de bouger au quotidien

Pour bouger, toutes les occasions sont bonnes
Le manque d'activité renforce le sentiment de fatigue et de mal-être

Un nombre incroyable d'activités à faire seul ou entre amis

De nombreuses pathologies diminuent si vous pratiquez régulièrement une activité physique

Les activités physiques sont adaptées à tous niveaux



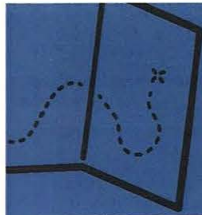
À pied, à vélo, dans l'eau...

BOUGEZ



Sur présentation de cette plaquette, bénéficiez d'une séance gratuite auprès de nos partenaires.





Pour des déplacements quotidiens
bons pour votre santé

Pour découvrir une activité physique adaptée à
vos besoins sur l'agglomération chambérienne,
prenez contact avec les structures proposées ci-dessous

PREMIÈRE SÉANCE DE DÉCOUVERTE OFFERTE

Vous former pour vos déplacements à vélo et faciliter votre première location

Vélo-école

Une formation sur mesure en groupe ou en ateliers individuels (service gratuit financé par Chambéry métropole).
Objectifs | apprentissage, remise en selle, circulation en trafic urbain, recherche d'itinéraires et accompagnement sur vos premiers déplacements en ville (encadrement par un professionnel – vélo et casque fournis)
Fréquence | de 1 à 5 séance(s)
Public | adultes – tous niveaux
Lieu | Vélostation - Parc du Vernay
Service gratuit
Contact | Vélostation / Arnaud GRAND au 04 79 96 34 13
mail | arnaudg@velostation-chambery.fr



Location de vélo

Il est possible de louer votre vélo à la journée (5 euros), au mois (25 euros) ou à l'année (145 euros).
Conditions de tarifs réduits | disponibles sur www.velostation-chambery.fr
Contact | Vélostation au 04 79 96 34 13
mail | contact@velostation-chambery.fr



Changer vos habitudes : des conseils pour chaque déplacement

Quel est le moyen de déplacement et l'itinéraire le plus adapté pour aller à son travail, faire ses courses, emmener ses enfants à l'école ou aller à son club de sport autrement qu'en voiture ? A pied, à vélo, en bus, en train, en car, en covoiturage et autopartage... Comment trouver toutes les informations utiles à vos déplacements ? Mobil'Conseils, service de Chambéry métropole, vous donnera toutes les clés pour vous déplacer de manière simple et pratique sur le territoire de l'agglomération de Chambéry.
Les conseillers en mobilité sont à votre disposition pour vous rencontrer et vous accompagner dans vos déplacements. Vous pouvez entrer en contact avec eux lors d'un entretien téléphonique ou en face à face. Il est également possible d'organiser sur le terrain un atelier découverte « Mobilité » pour vos premiers déplacements à pied ou en bus.
Fréquence | 1 à 2 rencontre(s)
Public | tout public
Service gratuit
Contact | Yseult Baudoin au 04 79 68 73 73
mail | yseult.baudoin@mobilconseils.fr



Activités physiques adaptées Tous publics



Piscine d'agglomération de Buisson Rond
Chambéry
Natation
Cyril BOURDON
t e l | 04 79 33 11 50
mail | cyril.bourdon@chambery-metropole.fr
web | www.chambery-metropole.fr

Entente Athlétique Chambéry
Athlé forme
Jérôme VARLET
t e l | 04 79 85 64 44 ou 06 04 59 20 91
mail | e.a.c@eachambery.com
web | <http://athleforme73.com/>

Acti'forme
Marche nordique, randonnée, gymnastique
Michael RANSON
t e l | 06 81 39 66 13
mail | actiforme@actiforme-domiforme.fr
web | www.actiforme-domiforme.fr

Cercle Escrime Chambéry
Escrime
Laurence BACCHETTA
t e l | 04 79 70 10 79
mail | escrime.chambery@wanadoo.fr
web | www.escrime-chambery.fr

CHAMBERY 73
Activité physique adaptée
Charlotte GILLET
t e l | 09 82 55 54 97
mail | chambery73asso@hotmail.fr
web | www.chambery73.com



Activités physiques adaptées Personnes âgées



Siel Bleu
Gymnastique douce et parcours moteur
Nicolas GUILBERT
t e l | 07 61 65 64 38
mail | nicolas.guilbert@sielbleu.org
web | www.sielbleu.org

Gymnastique Volontaire de Cognin
Parcours moteur
Annie CHARNAY
t e l | 04 79 65 72 80
mail | jpacharnay@voila.fr ou
gymvolontaire073009@epgv.fr

Gymnastique volontaire du Faubourg Chambéry
Gymnastique douce – Halta Yoga
Claude GALLET
t e l | 04 79 85 40 23
mail | gvchambery.joppet@yahoo.fr

Activités physiques adaptées Maladies chroniques



4 S « Sport, Santé, Solidarité, Savoie »
Aquagym, gymnastique, marche, tai chi, qi gong
Christine AGUETTAZ
t e l | 06 47 03 89 84
mail | quatrechambery@yahoo.fr
web | www.4s.savoie.info
Uniquement personnes touchées par le cancer du sein

Rando-Santé-Savoie
Randonnée
Bertrand MATTEI
t e l | 04 79 33 39 78
mail | rss73@laposte.net
web | <http://randosante73.over-blog.com/>

David LEFERRAND
Parcours moteurs
t e l | 06 33 19 58 29
mail | leferrand@gmx.fr
web | <http://davidcoachsportif.jimdo.com>
Uniquement personnes en situation de surpoids



Bouger

sur PRESCRIPTION

**Votre médecin vous a prescrit 30 min
d'activité physique par jour !**

Pour bénéficier d'un accompagnement gratuit vers
l'activité physique adaptée à vos besoins, contactez

Lucile PEYNOT

Conseillère

« bouger sur prescription »

mail | lpeynot.ssbe@gmail.com

téléphone | 04 79 85 09 09

*(uniquement le lundi et mardi, de 9h30 à
12h et de 13h30 à 17h30)*

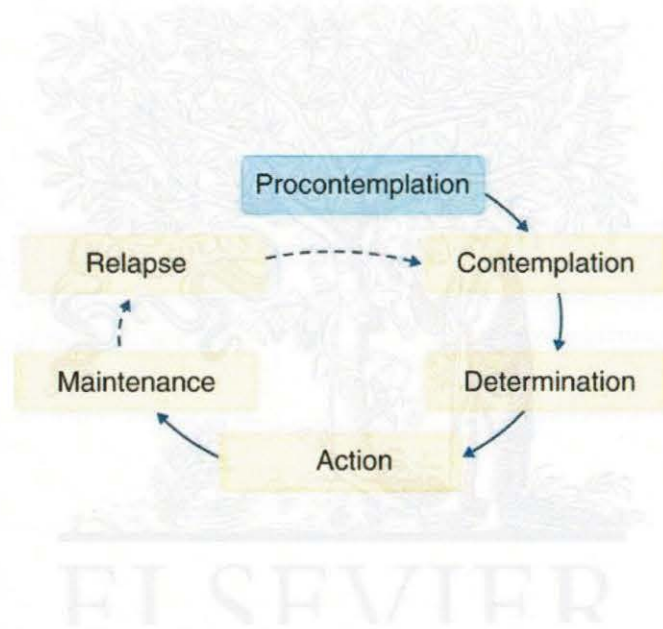


BILAN MOTIVATIONNEL PROCHASKA et DI CLEMENTE

ou METHODE DES 5 A

:

- ASSESS : évaluer
- ADVISE : conseiller
- AGREE : s'entendre
- ASSIST : aider
- ARRANGE : organiser



Activités physiques conseillées en fonction des pathologies chroniques (Elisabeth PIOT - 2010 et Bernard F - 2008)

	Sports courants			Sports individuels						Sports collectifs				Sports de plein air										
	Marche	Course	Vélo	Natation	Gymnastique	Danse	Arts martiaux	Musculation	Athlétisme	Tennis	Badminton	Tennis de table	Football	Handball	Basket Ball	Volley Ball	Golf	Equitation	Voile	Ski	Escalade	Pétanque	Roller	Plongée
Aucune pathologie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
HTA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Pathologies cornaires	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Insuffisance cardiaque	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
AOMI	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ostéoporose	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Arthrose hanche genou	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Lombalgies	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
DNID	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
DID	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Obésité	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Hypercholestérolémie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Dépression	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Epilepsie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fibromyalgies	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Asthme	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BPCO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Les activités en solitaire chez les diabétiques et épileptiques sont déconseillées

Activité physique : ■ Recommandée ■ Efficacité modérée □ pas de données
 ■ Déconseillée ■ Contre-indiquée ■ Discordance des données

LISTE non exhaustive des CI aux ACTIVITES PHYSIQUES (sous toute réserve)

Cardiologie

- Les **infarctus du myocarde** très étendus ou graves (avec complications comme hypertension sévère, troubles du rythme etc.). Selon l'avis du cardiologue !
- **Les troubles du rythme** graves non ttt. Selon l'avis du cardiologue !
- Les **cardiomyopathies obstructives** sévères. Selon l'avis du cardiologue !
- **Temporaires:**
 - Les infections virales comme la **péricardite** jusqu'à guérison.
 - L'hypertension artérielle jusqu'à stabilisation par un **traitement**.

 - La **coarctation de l'aorte** : Selon l'avis du cardiologue !

Endocrinologie

La **tétanie** vraie avec chute de **calcium** permanente.

Orthopédie/Rhumatologie

Le Rhumatisme inflammatoire chronique non contrôlé par le traitement .

Temporaires :

- Les **arthrites** infectieuses. Il faut 2 à 3 mois de repos après guérison complète pour une arthrite à germe banal et 6 à 8 mois pour une arthrite tuberculeuse.
- **Fractures** , **luxations** , **entorses** : la reprise est en fonction de la durée de l'immobilisation et de la **rééducation**.
- **Goutte** et **arthrose** sévère, ou en phase algique.

Les pathologies inflammatoires de la **colonne vertébrale** : (par exemple, **Lombalgies et Sciaticques Aigues..**).

Maladies générales

- Un certain nombre de **maladies générales** comme le **cancer** en phase d'évolution, la **leucémie** , les **anémies** , la **polvglobulie**. **Troubles graves de la coagulation**.
- L'**hémophilie** interdit de façon absolue le **sport** pour ne pas faire courir le risque à la personne donc pour le vélo selon l'avis de l'hématologue !

Maladies infectieuses

Elles n'interdisent de façon définitive aucun **sport**, que des CI temporaires : arrêt durant la phase de maladie jusqu'à guérison complète + période de repos. (sinon risque de **myocardite** dans certaines infections).

- La **scarlatine** : Pas de **sport** durant 1 mois environ. Reprise après s'être assuré de l'absence d'une localisation du microbe au niveau du **coeur** et des **articulations**. Une **prise de sang** vérifiera en fin de **traitement** que les ASLO sont normaux.
- **Varicelle** et **rubéole** : la reprise se fera du 15e jour en fonction de l'état de forme du sujet.
- **Coqueluche** : Pas de **sport** durant la phase contagieuse (3 semaines). Reprise après un délai de 2 mois.
- **Oreillons** : Repos à la maison durant 15 jours pour éviter le risque de complications (surtout chez l'adulte) Reprise à la 4e semaine.
- **Mononucléose infectieuse** : la guérison est longue : 2 à 3 semaines. La fatigue peut persister plus de 2 mois. Pas de **sport** durant cette période.
- **Hépatite virale** : Pas de **sport** durant au moins 2 mois. Reprise du **sport** que sur des examens de **sang** normaux. Les épisodes grippaux : arrêt du **sport** au minimum 10 jours pour éviter le risque de myocardite.

- Le **Rhumatisme articulaire aigu** : **Traitement** antibiotique long. Repos prolongé. Reprise du **sport** en l'absence de localisation du streptocoque sur le **cœur**. Les examens de **sang** doivent être normaux.

Néphrologie

Glomérulonéphrites chroniques ? Le **rein** unique : Pas de sports avec risque de chute ?

Temporaires :

- La glomérulonéphrite aiguë due à une bactérie : l'arrêt est variable et la reprise se fait lors de la disparition des saignements dans les **urines**.
- La **pyélonéphrite** : reprise du vélo après guérison complète.

Neurologie

Les contre indications relatives

Définitives : Les **myopathies** dégénératives (maladie du muscle permanente avec fonte musculaire). **AVC** avec séquelles importantes

Temporaires :

- La **méningite** jusqu'à guérison complète sans complication.
- Le **syndrome de Guillain Barré** : la reprise du vélo sera très progressive
- Les **vertiges** : quelles que soient leurs origines.
- Les **troubles psychiatriques non équilibrés**.

ORL

Temporaires : Otite aiguë et **sinusite** aiguë : reprise du vélo huit jours.

Les contre indications relatives

- Extraction des **amygdales** : Angines, pharyngites, laryngites : arrêt du **sport** pendant 8 jours.
- La **surdité** avec un déficit égal ou supérieur à 40 décibels : sont **interdits** les sports d'équilibre.

Ophthalmologie

Troubles de vue majeurs pour le vélo.

Contre indications relatives : La **myopie** sévère , Le **daltonisme** ?

Pneumologie

- L'essoufflement permanent au repos (insuffisance respiratoire chronique sévère).
- L'emphysème pulmonaire généralisé (destruction des alvéoles)
- La **bronchite chronique** : éviter les activités exposant au froid et à l'humidité.

Temporaires : La bronchite aiguë : reprise au bout de 3 semaines,

La pneumonie, les pleurésies, la **tuberculose** et le **pneumothorax** spontané : repos prolongé (1 à 2 mois) après guérison complète.



Bouger sur prescription !

Expérimentation sur Chambéry

Janvier-Juin 2014

Un objectif :

Favoriser la pratique d'une activité physique régulière, raisonnable, raisonnée, des populations ciblées sur l'agglomération chambérienne

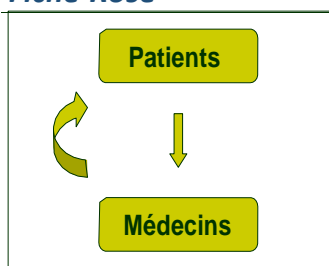
Un Projet, Une organisation :

- **14 médecins Chambériens volontaires** prescrivent de l'activité physique à leurs patients
- **350 Patients volontaires** participent au projet
- **Plus de 12 structures volontaires** accueillent les patients pour leur pratique d'activité physique et leurs déplacements actifs

3 parcours prescrits aux patients :

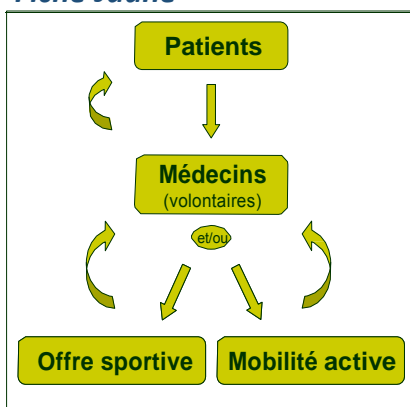
Parcours 1

Fiche Rose



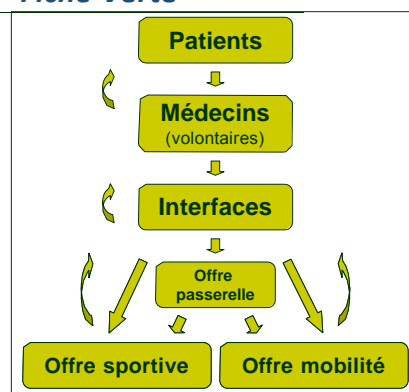
Parcours 2

Fiche Jaune



Parcours 3

Fiche Verte



Les prescriptions sont lancées !

Mémento !

Vous êtes volontaires pour participer à cette expérimentation et nous vous en remercions !
 Pour une optimisation de sa mise en œuvre, nous vous rappelons les incontournables :

- ⇒ **Choisir** vers quel parcours orienter le patient selon sa motivation et son autonomie
- ⇒ Lui faire une **ordonnance** de 30 minutes d'activité physique par jour et un **certificat de non-contre-indication** à la pratique d'activité physique, en annotant les points de vigilance éventuels
- ⇒ Lui donner les **outils** correspondants :
 - Parcours 1 : faire remplir fiche d'adhésion rose - puis le patient organisera sa pratique en autonomie
 - Parcours 2 : faire remplir la fiche d'adhésion jaune + donner la plaquette activité - puis le patient contactera lui-même le club de son choix (le choix peut être aiguillé par le médecin)

BOUGEZ-VOUS?
 30 minutes d'activité physique par jour préviennent des risques de maladies graves et contribuent au bien-être.

Se déplacer à pied ou vélo : un bon moyen de bouger au quotidien
 Pour bouger, toutes les occasions sont bonnes
 Le manque d'activité renforce le sentiment de fatigue et de mal-être
 Un nombre incroyable d'activités à faire seul ou entre amis
 De nombreuses pathologies diminuent si vous pratiquez régulièrement une activité physique
 Les activités physiques sont adaptées à tous niveaux

À pied, à vélo, dans l'eau...
BOUGEZ

Sur présentation de cette plaquette, bénéficiez d'une séance gratuite auprès de nos partenaires.

- Parcours 3 : faire remplir la fiche d'adhésion verte + donner la fiche contact de la conseillère / interface « bouger sur prescription » - puis le patient contactera la conseillère

Bouger sur prescription
 Votre médecin vous a prescrit 30 min d'activité physique par jour !

Pour bénéficier d'un accompagnement gratuit vers l'activité physique adaptée à vos besoins, contactez

Lucile PEYNOT
 Conseillère
 « bouger sur prescription »
 mail | lpeynot.ssbe@gmail.com
 téléphone | 04 79 85 09 09
 (uniquement le lundi et mardi, de 9h30 à 12h et de 13h30 à 17h30)

- ⇒ Transmettre les fiches d'adhésion **5 par 5** à l'aide des **enveloppes pré-remplies** au CDOS – l'e-mail du patient est important pour effectuer une évaluation du dispositif par la suite

Pour toute question ou remarque, vous pouvez nous contacter :
 Lucile Peynot : 04 79 85 09 09 - lpeynot.ssbe@gmail.com

Le patient réalise le test mis à sa disposition en salle d'attente

Question 1 : Actif ou Inactif ?

« faites-vous plus de 30 mn d'APS par jour »
« avez-vous plus de 18 pts au test »
(indicateur parmi d'autres)

Question 2 : Prescription ou pas prescription

Notamment selon le degré de motivation
(pas de prescription aux patients opposés)

Question 3 : activités physique adaptée ?

Si non = parcours 1 ou 2

Parcours 1 : ordonnance + fiche adhésion

Parcours 2 : ordonnance + fiche adhésion
+ dépliant de l'offre + (si besoin) certificat
médical

Si oui = parcours 3

Parcours 3 : ordonnance + fiche adhésion
+ contact interface
Et si besoin appel à un médecin spécialiste

Rôles	Moyens	Supports
SENSIBILISER tous les patients - Actifs ? Inactifs ?	En salle d'attente, de manière visible : - appliquer l'affiche « Bougez-vous ?! » - Placer le présentoir avec les fiches tests	Affiche Présentoir et Fiches tests de Ricci (+ crayons) (en redemander autant que de besoin)
EVALUER la pratique d'AP + de 30 mn par jour et ou + de 18 pts au test	En vis-à-vis, questionnaire : - <i>Faites-vous 30 mn d'APS par jour ?</i> - <i>Quel est votre score au test de Ricci ?</i>	Test de Ricci rempli par le patient en salle d'attente NB : ce test est un indicateur, parmi d'autres, du niveau d'activité physique du patient
DISCERNER : - ne pas prescrire aux patients opposés - prescrire sur ordonnance aux autres en identifiant ceux prêts au changement	Parcours 1, sensibiliser les patients <u>inactifs motivés</u> aux pratiques quotidiennes : = <i>marchez, pédalez, nagez, jardinez, etc.</i>	Ordonnance courante : « <i>pratiquez 30 mn d'activité physique raisonnable et raisonnée par jour</i> », + fiche d'acceptation (en séparant la partie pathologies) NB : la prescription peut être modulée selon le patient en 3 x 10 mn 2 x 15 mn, avec des périodes de 10 mn au minimum
	Parcours 2, orienter les patients <u>inactifs motivés et à motiver</u> vers une structure d'accueil : = une association sportive = l'Agence écomobilité	Ordonnance courante : « <i>pratiquez 30 mn d'APS / j</i> », + fiche d'acceptation (en séparant la partie pathologies) + Dépliant offres sportive et de mobilité + en cas d'inscription à un club : certificat médical de non contre-indication à la pratique
	Parcours 3, conseiller un parcours coordonné aux patients <u>inactifs à motiver des 4 publics cibles</u> = éducateur APA ou médecin référent APA = offre passerelle	Ordonnance courante : « <i>pratiquez 30 mn d'APS/ j</i> », + fiche d'acceptation (en séparant la partie pathologies) + fiche contact éducateur APA + lettre ou note à l'éducateur APA ou médecin référent APA + certificat médical de non contre-indication
SUIVRE – EVALUER	Requestionner le patient	Prochaine visite
	Retour de l'éducateur APA (parcours 3)	Lettre ou note au médecin Sollicitation éventuelle du médecin référent
	Participer aux échanges	Évaluation patients (relance) : Lucile PEYNOT Évaluation médecins (focus) : Carine REINERT



BOUGEZ-VOUS?!

30 minutes d'activité physique par jour préviennent des risques de maladies graves et contribuent au bien-être.

Une pratique régulière de marche à pied ou de vélo entraîne une réduction* :
 - respectivement de 22% et 28% du risque de mortalité
 - de 30% à 50% des risques de maladies vasculaires cérébrales, de diabète de type II et de cancer
 - de 70% des risques de dépression

En intégrant la réduction de la pollution de l'air, les bénéfices pour la santé de la pratique du vélo sont 20 fois supérieurs aux risques en terme de mortalité.
 Deux services soutenus par Chambéry métropole accompagnent tout public pour se déplacer plus facilement à pied, à vélo et en bus : la Vélostation et Mobil'conseils.

* Source : OMS, INSERM, PNNS, ORS Ile-de-France.

Vélostation

(Re)apprendre à faire du vélo Vélo école



Objectifs : apprentissage, remise en selle, circulation en trafic urbain, recherches d'itinéraires, conseils pratiques et accompagnement sur les déplacements en ville.

Fréquence : de 1 à 5 séances, individuelle(s) ou collective(s)

Public : adultes – tous niveaux

Encadrement : réalisé par un professionnel des déplacements à vélo en ville.

Possibilité de prêt de vélo et de casques (sur demande en fonction des disponibilités)

Lieu : Vélostation (Parc du Verney)

Contact : Vélostation
 Arnaud Grand : 04 79 96 34 13
arnaudg@velostation-chambery.fr

Louer un vélo



Locations à la journée (5€), au mois (à partir de 15€) ou à l'année (à partir de 80€)

Pour des locations longue durée, 50% pris en charge par l'employeur

Un bon d'essai gratuit d'1 mois sur présentation de la plaquette «Bougez-vous ?».

Contact : Vélostation - tel : 04 79 96 34 13 – contact@velostation-chambery.fr

Mobil'conseils

Trouver ses modes de déplacements les plus adaptés

Entretien téléphonique ou en face à face d'une durée de 30 minutes maximum où le conseiller renseigne sur un déplacement choisi par le patient:

- A pied : itinéraires, temps de trajet...
- A vélo : itinéraires, prestations de la Vélostation (locations de vélo classique et électrique, consignes à vélo, vélo-école, contrôle technique) et vélocyclade (ateliers réparation de vélo)...
- En transport en commun : itinéraires, horaires et tarifs des réseaux bus Stac, Ondéa, des réseaux car Belle Savoie Express, Transisère, Car de l'Ain, train ter...



Une fiche individuelle pour la destination choisie et toutes les informations liées au trajet étudié sont transmises au patient suite à cet échange : fiches horaires, plans...



Contact : Mobil'Conseils
Yseult BAUDOIN : 04.79.68.73.73
yseult.baudouin@mobilconseils.fr

Être accompagné pour ses premiers déplacements à pied ou en bus : Atelier Découverte « Mobilité »

Cet atelier se déroule en 2 temps avec un échange en salle et une mise en situation sur terrain.

Contact : Mobil'Conseils
Yseult BAUDOIN : 04.79.68.73.73 - yseult.baudouin@mobilconseils.fr



• Se fixer un objectif à atteindre sur une période de 3 mois. A 3 mois après l'entretien ou l'Atelier Découverte, l'animatrice de Mobil'Conseils échange avec le patient sur l'évolution de sa pratique, ses difficultés et se propose lui un nouvel objectif.

• Essayer gratuitement le vélo et le bus pendant 1 mois. Toutes ces prestations peuvent être accompagnées d'une offre d'essai Bus classique (Vélostation).

Tous ces services sont financés par Chabléry métropole pour ses habitants.



Médecin	Nombre de patients inclus (à la date précisée)	Remarques et /ou difficultés concernant l'orientation vers les parcours 1, 2 ou 3	Remarques et/ou difficultés concernant l'utilisation du test de Ricci et Gagnon	Autres remarques de la part du médecin
1	10/02 : 4		Test parfois un frein : patient avec un score > 18 mais qui, d'après le médecin, nécessiterait une majoration de sa pratique d'AP, se conforte avec le test dans le fait qu'elle n'a pas besoin d'augmenter son AP.	
2	10/02 : 6 à 7 patients	Pas de problème.	Pas de problème.	Les patients adhèrent, ils veulent faire spontanément de l'AP.
4	0 patient	Doit relire les documents pour arriver à les comprendre et pouvoir faire les prescriptions.		
5	10/02 : ne sait pas	Dans le parcours 1 on a envie de mettre certains patients déjà actifs, dans le parcours 3 pas seulement des patients à risque à motiver. Le choix des parcours ne coule pas de source, il faut réfléchir et prendre le coup de main. Il reconvoque les patients pour la prescription d'AP, c'est sûrement une bonne méthode mais c'est chronophage.	Idem N°7. On gagne vite des points avec les questions à score de 1 à 5.	Difficulté : comment gérer son temps. Ne met pas les tests d'emblée dans la salle d'attente (cabinet de groupe), la secrétaire sélectionne les patients. Fait revenir les patients entre deux consultations pour parler et prescrire l'AP. On est en phase de rodage, il faut prendre le coup de main. En plus chronophage alors que c'est une période difficile au cabinet (grippes, GEA, ...). On apprend beaucoup sur les patients (autre vision de l'AP de son patient, découverte que certains patients sont actifs, découverte de la prise en charge par l'AP dans d'autres structures comme en cardiologie du sport à St-Etienne en soin post cancer où le patient fait une heure de sport par semaine ...).
6	10/02 : 5	Pas trop de difficultés.	Prend trop de temps, appréciation pas forcément objective, notation des patients pas objective par rapport à ce qu'ils font vraiment (une personne s'est sous-évaluée).	Quand on n'est pas le médecin traitant, et pour les patients venant de loin, c'est problématique : on ne peut pas les orienter vers les parcours 2 et 3. Problème des horaires en 3-8 également : les horaires du patient ne lui permettent pas d'avoir un accompagnement individualisé (horaires de bureau) ou d'aller "au sport" en soirée.
7	05/01 : 2	Orientation parfois difficile.	Doute du médecin que certains patients > 18 soient réellement actifs.	

Médecin	Nombre de patients inclus (à la date précisée)	Remarques et /ou difficultés concernant l'orientation vers les parcours 1, 2 ou 3	Remarques et/ou difficultés concernant l'utilisation du test de Ricci et Gagnon	Autres remarques de la part du médecin
9	Pas de prescriptions pour l'instant. Elle va réunir 25 patients en une seule fois et leur donner à chacun une ordonnance.		Ne souhaite pas utiliser le test.	
10	Absent la semaine du 11. A prescrit au moins 1 parcours 1 et 2 parcours 2.			
11	10/02 : 4 à 5 parcours 1+2, 2 patients parcours 3	Fera ses remarques par mail (mais pas de mail reçu en pratique).	Fera ses remarques par mail (mais pas de mail reçu en pratique).	Fera ses remarques par mail (mais pas de mail reçu en pratique). Les 2 patients du groupe 3 n'ont pas suivi et n'ont pas appelé Lucile.
12	11/02 : 0 (2 patients en attente)	Pas de problème.	Pas de problème.	Problème de recrutement. Fait essentiellement de la médecine du sport donc ses patients ont déjà sportifs.
13	11/02 : 0 patient	Compréhensible à la lecture, mais comme il n'a pas pratiqué il a oublié ce qu'il a lu. Ce sera difficile de tout se remémorer et de bien inclure rapidement les patients le moment voulu.	Test compréhensible. Le problème n'est pas là.	Le plus difficile : le temps. Faire le test, motiver le patient puis prescrire l'AP, cela prend 30 minutes sans être sûr de l'adhésion du patient. De ce fait le médecin n'est pas très motivé et évite d'inclure les patients dans l'expérience. Surtout quand il voit qu'il y a 25 patients à inclure. Il ne pense pas venir à la réunion en focus-group (il y a déjà eu 2 réunions, c'est suffisant quand on travaille autant d'heures par semaine). Les fiches sont sur son bureau. Les patients et/ou leurs accompagnants sont assez curieux et prennent les fiches, mais l'expérience s'arrête là.
14	11/02 : 0 ?		Test pas difficile. Le problème n'est pas là.	Difficultés à rentrer dans l'expérimentation, se demande s'il ne va pas en sortir. Problème avec les fiches : au départ elles étaient sur une chaise en salle d'attente, mais ce n'était pas très incitatif, quelques fiches disparaissaient mais les patients ne lui en parlaient pas pour autant. Puis elles ont été mises sur le bureau ; parfois les accompagnants les regardent, souvent sans grand intérêt. Ceux qui s'y intéressent font en général déjà de l'activité physique. Pour les autres, il faut trouver du temps pour en parler, c'est très/trop chronophage. Les inactifs dépistés par le test sont difficiles à motiver.

Questionnaire au Dr

Afin de mieux analyser vos difficultés de prescription, merci de bien vouloir remplir ce questionnaire et me le renvoyer par mail. Il est nominatif mais le traitement des données sera réalisé de façon anonyme.

Profil personnel et professionnel :

- 1.1 Âge :
- 1.2 Sexe : Masculin Féminin
- 1.3 Mode d'exercice : Hôpital Libéral en cabinet seul Libéral en cabinet de groupe
- 1.4 Exercice en quartier socialement défavorisé : Oui Non
- 1.5 Spécialité d'exercice médical :
- 1.6 Activités professionnelles particulières éventuelles :

Formation et expérience en MEDECINE DU SPORT :

- 2.1 DESC ou Capacité : Oui Non
Si oui, à quelle université :
- 2.2 DU ou DIU : Oui Non
Si oui, lequel et à quelle université :
- 2.3 Autre FMC (formation médicale continue) : Oui Non
Si oui, laquelle, sur quelle durée et avec quel organisme :
- 2.4 Pratique professionnelle : Quotidienne 1 à 4 consultations par semaine
 1 à 3 consultations par mois Moins d'1 consultation par mois Jamais

Formation et expérience concernant l' ENTRETIEN MOTIVATIONNEL :

- 3.1 Formation initiale : Oui Non
Si oui, à quelle université :
- 3.2 DU ou DIU : Oui Non
Si oui, lequel et à quelle université :
- 3.3 Autre FMC (formation médicale continue) : Oui Non
Si oui, laquelle, sur quelle durée et avec quel organisme :
- 3.4 Pratique professionnelle : Quotidienne 1 à 4 consultations par semaine
 1 à 3 consultations par mois Moins d'1 consultation par mois Jamais

Connaissance de promotions et de prescriptions d'activité physique :

- 4.1 Avant l'expérimentation, connaissiez-vous le plan Sport Santé Bien Être ? Oui Non
- 4.2 Connaissiez-vous d'autres initiatives de prescription d'activité physique (Strasbourg, ...) ? Oui Non
Si oui, lesquelles :

Pratique personnelle d'activité physique :

- 5.1 Votre score de Ricci et Gagnon modifié avant l'expérimentation :
- 5.2 Votre score de Ricci et Gagnon modifié aujourd'hui :
- 5.3 Les activités physiques que vous pratiquez :
-

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Guide d’entretien

Bonjour, nous sommes Carine Reinert, interne de médecine générale et thésarde, et Dr Perdrix, médecin généraliste enseignante et directrice de thèse de la faculté de médecine de Lyon. Nous vous remercions d’être présents à cette réunion sur l’expérimentation « Bouger sur prescription ». L’objectif de notre soirée est d’identifier et partager vos difficultés de prescription d’activité physique sur ordonnance. Grâce au rapport d’évaluation et à la thèse de médecine qui en résulteront, vous aidez à l’amélioration du dispositif et au lancement de la campagne de prescription sur la Savoie.

Si vous êtes d’accord, cet entretien sera enregistré. Il restera anonyme et sera détruit à la fin de nos travaux de recherche. Avez-vous des questions ?

- 1. Avant notre expérience, quelle promotion de l’activité physique et quelle prise en charge pluridisciplinaire réalisez-vous ?**
- 2. Initialisation de votre prescription d’activité physique sur ordonnance dans le cadre de notre expérience : comment avez-vous fait ?**
- 3. Suivi de votre prescription : comment s’est déroulé le suivi de cette prescription ?**
- 4. Bilan de votre expérience : quel bilan tirez-vous de cette expérience ?**
- 5. Lancement de la campagne de prescription en Savoie : que pensez-vous du lancement de cette campagne en Savoie, comment l’amélioreriez-vous ?**

JE VOUS REMERCIE DE VOTRE PARTICIPATION. AVEZ-VOUS QUELQUE CHOSE A AJOUTER ?

Grille d'analyse

1. Promotion de l'activité physique et prise en charge pluridisciplinaire avant l'expérimentation

- 1.1 Action et méthode d'encouragement à la pratique d'activité physique
- 1.2 Utilisation d'outils d'information et de suivi de la pratique d'activité physique
- 1.3 Orientation des patients vers des professionnels paramédicaux, sportifs ou des réseaux de santé
- 1.4 Freins à la pratique d'activité physique

2. Initialisation de la prescription d'activité physique sur ordonnance

- 2.1 Méthode et abord de la prescription auprès des patients
- 2.2 La prescription sur ordonnance en pratique
- 2.3 Accueil de la prescription par les patients
- 2.4 Astuces d'adhésion pratiquées par les médecins

3. Evaluation des outils de prescription

- 3.1 L'affiche
- 3.2 Le test de Ricci et Gagnon modifié
- 3.3 La fiche de l'offre
- 3.4 La fiche d'adhésion
- 3.5 Le guide médecin
- 3.6 Le bilan motivationnel de Prochaska et DiClemente
- 3.7 Les newsletters
- 3.8 Le memento
- 3.9 Le diagnostic express
- 3.10 Le tableau récapitulatif des transformations physiologiques et avantages cliniques

4. Difficultés d'initialisation de la prescription

- 4.1 Placement des tests de Ricci et Gagnon
- 4.2 Incompréhension générale des médecins par rapport au procédé et aux parcours
- 4.3 Difficultés de chaque parcours
- 4.4 Difficultés de la prescription écrite
- 4.5 Difficulté de gestion du temps

5. Suivi de la prescription

- 5.1 Consultation de suivi des patients par les médecins
- 5.2 Contacts des médecins avec l'offre
- 5.3 Outils de suivi de l'activité physique et de l'état motivationnel du patient
- 5.4 Avis des médecins sur les patients qui suivent la prescription : respect de la prescription, bénéfices et ressentis des patients
- 5.5 Avis des médecins sur les patients qui ne suivent pas la prescription : motifs de non-respect de la prescription
- 5.6 Influence de la prescription sur l'ordonnance médicamenteuse
- 5.7 Influence de la prescription sur la relation médecin-malade

6. Bilan de l'expérimentation

- 6.1 Nombre de patients inclus dans l'expérimentation
- 6.2 Motivation des médecins pour l'expérimentation
- 6.3 Vécu et effets de l'expérimentation sur les médecins
- 6.4 Autres points positifs et négatifs de l'expérimentation pour les patients

7. Déploiement du dispositif de prescription en Savoie

- 7.1 Modification de l'organisation et des outils
- 7.2 Renforcement des liens pluriprofessionnels
- 7.3 Modification des parcours
- 7.4 Intégration du dispositif dans le paysage local
- 7.5 Intégration du dispositif dans une continuité de pratique

8. Déploiement du dispositif de prescription à d'autres professionnels

- 8.1 Un conseil universel non réservé aux médecins
- 8.2 Ouverture de la prescription à d'autres professionnels
- 8.3 La responsabilité médico-légale et le certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activité physique
- 8.4 Le rôle du médecin

9. Déploiement du projet : aspects techniques généraux

- 9.1 Prise en charge financière, modalités et subventions
- 9.2 Cotation CPAM et consultation dédiée
- 9.3 Logiciels médicaux
- 9.4 Formation des professionnels

Focus-groupe 1 du 17/03/2014

Légende CP = Corinne

Perdrix CR = Carine

Reinert LP = Lucile

Peynot

M1, M2, M3, M4, M5 = médecins numérotés (quatre présents et un interviewé par téléphone)

CP : On va commencer. Je vais me présenter, je suis Dr Corinne Perdrix, je suis généraliste à Villeurbanne, je suis généraliste enseignante chargée d'enseignement à la fac de médecine et donc j'accompagne Carine Reinert dans sa thèse. Nous sommes réunis ici pour faire ce qu'on appelle un focus-groupe, un groupe de discussion qui concerne votre expérimentation sur « Bouger sur Prescription ». Donc l'objectif c'est d'identifier et de partager vos difficultés de prescription depuis le début de l'expérience. Je vais tâcher de vous interroger, et il faudra donc répondre franchement, vraiment en toute liberté de parole et de pensée. Tout est entendable, dans le respect bien sûr habituel des uns et des autres, et je vous demanderais tout simplement de ne pas vous couper la parole et de bien vous identifier avant de prendre la parole. Alors le docteur qui est au téléphone, lui, on le reconnaîtra bien sur l'enregistrement ; et puis sinon je vais peut-être vous donner un numéro d'office, donc 1, 2, 3, 4, et vous direz votre numéro avant de parler si vous y pensez (si vous n'y pensez pas ce n'est pas grave). Alors, à ce stade-là, je voulais juste savoir si vous étiez bien d'accord pour cette soirée et cet enregistrement.

Tous : Oui. **CP** : Et si vous avez des questions... ? (**M4** : rires)

CP : Très bien. Alors peut-être on va faire, avant de commencer, un petit tour de présentation (...). Si chacun voulait juste donner son nom et sa spécialité ?

M1 : MG et acupuncture à Chambéry. **M2** :

Homéopathie et acupuncture à Chambéry. **M3** :

Rhumatologue, uniquement (*rires*), à Chambéry.

M4 : MG à Chambéry. Je vois beaucoup de sourds en langue des signes donc j'ai beaucoup de mal avec ça [flyer], ce n'est pas du tout adapté.

M5 : MG et médecin du sport à Chambéry depuis 3 ans.

CP : Avant que vous vous engagiez pour cette expérience, quelle promotion d'activité physique et quelle prise en charge réalisiez-vous, éventuellement pluridisciplinaire ? **M1** : Comment ça ? Nous par rapport à nos patients ?

CP : Oui, comment vous faisiez avant.

M1 : Alors moi de toute façon je faisais exactement pareil parce que je leur disais les recommandations de l'OMS, c'est 30 minutes de marche soutenue par jour, donc je leur disais déjà de faire soit ça, soit un équivalent. Je le faisais déjà régulièrement, pas obligatoirement pour les pathologies cardiovasculaires (parce que au départ c'était sorti pour les pathologies cardiovasculaires). Mais bon je ne leur donnais pas des listes d'endroits où aller.

M2 : Moi je leur demandais surtout à la rentrée scolaire à quelle activité ils s'étaient inscrits. J'avais l'habitude de demander ça en septembre et octobre, et puis à ceux qui ne s'inscrivaient nulle part : « Mais qu'est-ce que vous faites ?

- Le jardin.
- Mais l'hiver, le jardin, ...
- Pas grand-chose.
- Qu'est-ce que vous faites d'autre ? »

Voilà, des trucs comme ça. Mais pas aussi précis.

M3 : Eh bien moi, je ne leur dis pas grand-chose. Parce que quand on vient me voir, déjà, c'est parce qu'on a mal quelque part, et quand on a mal quelque part pour certains même on dit « mais ne faites rien » !

M1 : Ceux qui font trop de sport.

M3 : Des fois on attend le fait de se reposer. « Prenez un temps de repos, prenez ce traitement, etc. ». Donc moi c'est vrai que je suis un peu mal placée parce qu'autour de moi je freine certains sportifs. Je pense à un syndrome rotulien qui continue à faire ses trucs comme ça (*mime la musculation avec les haltères*) avec les genoux ; je leur dis « calmos, calmos ». Donc je ne suis pas une spécialiste où je les incite bien [à faire de l'activité physique]... Et après, quand ils vont mieux, ils se foutent de moi, ils ne viennent plus me voir.

CP : Ça c'est pour les sportifs, mais pour les autres ? **M3** : Ils ont mal aux genoux, ce sont les personnes âgées, donc elles sont venues toutes seules. Mais donc moi ce n'est pas du quotidien. Contrairement à vous qui incitez, moi je freine plutôt.

M1 : Oui.

M3 : Mais bon cela dit, maintenant que j'interroge systématiquement (enfin ceux qui veulent), je suis étonnée quand même du nombre de personnes qui bougent quand même.

M4 : Moi j'avais l'habitude de poser la question de l'activité physique à certaines personnes, pas forcément à toutes, plutôt pour les pathologies cardiovasculaires, respiratoires, arthrose justement pourtant, parce que ce sont des pathologies où j'incite à faire une activité physique, comme chez les lombalgiques chroniques. Et c'est plus dans ces circonstances-là que je pose la question : « Est-ce que vous bougez ? » en indiquant souvent le minimum de 30 minutes, quitte à faire un quart d'heure aller-retour. Comme ils me disent « Je n'ai pas le temps », je leur dis toujours : « Vous savez, une demi-heure, ce n'est jamais qu'un quart d'heure aller et un quart d'heure retour, avec une marche suffisamment rapide pour qu'on ne puisse pas, pendant cette marche, parler à son voisin, c'est une marche un petit plus rapide ». Ce sont un peu les habitudes que j'avais avant.

CP : D'accord. **M5** ?

M5 : Moi, déjà, j'ai une patientèle plutôt jeune et sportive. En général je leur demandais un petit peu quelle activité physique et quel sport ils faisaient déjà. Mais par contre c'est vrai que depuis l'étude je m'intéresse plus à leur quotidien et à comment ils bougent, notamment pour les transports pour aller au travail ou chez eux, etc. C'est ce qui est la différence par rapport au début de l'étude. C'est que du coup j'essaie de plus quantifier, et le fait d'avoir un test c'est un moyen d'entrée, qui n'est peut-être pas parfait, mais un moyen d'entrer dans la discussion de l'activité quotidienne.

CP : Je vais rebondir sur ce test que vous citez pour savoir si avant de l'utiliser ou avant l'étude, vous aviez l'habitude d'utiliser d'autres outils que l'interrogatoire pour connaître le niveau d'activité physique de vos patients.

M1, 2, 3, 4 : Pas du tout, non. **CP** : Aucun outil ? La parole, l'interrogatoire, rien de spécifique ? **M3, 4** : Non, non.

CP : Et vous connaissiez ce test ?

M1, 2, 3, 4 : Non. Pas du tout. **CP** : Personne ?

M1, 5 : Non.

CP : D'accord, très bien.

CP : Et, toujours avant l'expérience, quand vous jugiez utile que votre patient fasse de l'activité physique, vers quoi vous l'orientiez ? Qu'est-ce que vous préconisiez ? J'ai déjà entendu un petit peu des réponses, mais peut-être un petit peu plus ... ? Avant l'expérience, ... **M1** : Ah, avant l'expérience !

CP : Quand vous aviez identifié un besoin médical d'activité physique. **M1** : Eh bien moi la marche, je suis comme toi [M4], et je leur dis effectivement « Vous prenez votre montre », quand je disais vingt à trente minutes de marche par jour, « Faites dix minutes aller, hop, dix minutes retour ». Déjà, là, je faisais comme ça. Sinon moi j'aime bien les vélos d'appartement, c'est pas mal parce que même pour les personnes âgées je trouve qu'ils peuvent quand même en faire, c'est plus sécurisé qu'un vélo, ils peuvent le faire en regardant la télé, ils ont toujours des membres de leur famille qui ne l'utilisent pas, c'est une bonne activité, on peut en récupérer, ... Mais c'est vrai que je n'avais pas pensé aux escaliers, aux trucs comme ça. **M2** : Moi j'avais pensé, les escaliers, les arrêts de bus, les transports en commun. Ça ne marche pas très bien. Les gens sont dans le bus, ils sont dans le bus, descendre une station avant ça ne marche pas très bien. **M4** : Moi, les escaliers, on arrive à leur faire monter un étage et prendre l'ascenseur au-dessus, mais les bus et transports en commun, je suis d'accord, ils ne s'arrêtent pas avant. **M1** : Mais j'y pense un peu plus depuis ça, j'y pense plus. **M4** : Et moi, en sport, il y a aussi facilement la natation, la gym en piscine, parce que (...) en piscine, ça ils aiment bien, le tai-chi pour les personnes plus âgées et plus fragiles, où je signe quand même assez facilement le certificat d'aptitude, et puis voilà. Après les autres ils ont souvent leur idée dans l'activité qu'ils veulent faire. Ceux-là me paraissent être des sports un peu plus passe-partout pour ceux qui aiment nager.

M2 : Alors les gens se plaignent que les piscines ne sont pas assez chaudes, tout le temps. Et les piscines chaudes, comme aux thermes Chevalley, on ne nage pas. **CP** : C'est chambérien, je ne sais pas, on ne peut pas nager dans cette piscine ? **M2** : C'est une piscine, il y a des bulles, voilà, avec un certain calme. L'eau est chaude, les gens y vont volontiers, mais ils ne font pas de traversées. **CP** : M5, vous aviez des habitudes de prescription d'activité physique, des encouragements pour les patients ?

M5 : La première chose, je pense rétrospectivement, que je proposais, c'était la course à pied pour ceux qui n'avaient pas de problème articulaire, après le vélo ou la natation, après j'essayais quand même (du moins j'espère) de leur demander ce qu'ils avaient envie de faire. **CP** : Prendre en compte les préférences du patient.

M5 : Voilà. Et après proposer les choses les plus simples, qui ne nécessitent pas forcément du matériel ou d'investissement, juste la course à pied pour ceux qui pouvaient, après le vélo et la natation cela demande un budget, ou des salles, pareil, donc cela dépendait des patients.

CP : Ça c'est quelque chose qui est un frein à la prescription, le budget, le prix d'entrée à la piscine, l'abonnement à la salle de sport, ...

M1, 2, 3, 4 : Oui c'est cher.

M5 : Oui, ça peut.

M3 : Et puis le temps. Moi je suis toujours à contre-courant, parce que quand les gens viennent et me disent qu'ils ont fait du jogging, je leur dis quand même qu'on peut faire autre chose. Même si après ils vont mieux, c'est quand même de la gonarthrose qui est là en poussée, on n'incite pas tellement à faire du jogging... Par contre c'est vrai qu'ils me disent que « le jogging c'est tranquille, j'ai fini mon boulot, je pars quand je veux, je viens quand je veux ». Pour le vélo c'est différent, pour la natation « il faut que j'aie des horaires, que je m'inscrive, il y a des gens et il y a pas de créneau de libre ». Donc c'est vrai que le jogging ... Mais moi je suis plutôt à restreindre, et c'est vrai que pour les problèmes de genoux, de hanches, même si on va bien, ce n'est pas logique, il vaut mieux faire du vélo ou de la natation.

CP : Oui, ça reste encore les sports qui sortent en tête, d'accord. Est-ce que vous aviez, avant l'expérience, des habitudes de prescription aussi avec d'autres plateaux techniques, d'autres correspondants ?

M4 : Des kinés, beaucoup.

(Autres acquiescent avec la tête.)

CP : Donc les kinés, ...

M4 : Le kiné parce qu'on a autour de notre cabinet des kinés qui sont assez dynamiques et qui s'occupent de toute la réadaptation au sport, donc même chez des gens qui sont très limités au départ, c'est quelquefois un biais pour permettre un apprentissage de la remise en forme et de l'activité physique. Alors que ce soit à l'occasion du dos, du genou, de différentes choses. **CP** : D'accord, les kinés.

M3 : En tant que rhumato, sans kiné, qu'est-ce qu'on ferait ? *(Elle fait de grands gestes avec ses mains)*

CP : Ça serait très dur. **M1** : Il y a l'Ecole du Dos aussi.

M3 : Oui mais par contre le temps pour l'Ecole du Dos...

M4 : Le délai.

M3 : Le délai pour l'avoir... **M1** : Ah oui ! **CP** : Donc des soucis d'orientation en termes de délai ?

M4 : De délai et de prix, parce que l'Ecole du Dos c'est beaucoup plus cher.

M3 : Et puis aussi j'ai parlé de kiné, c'est vrai que c'est remboursé. Donc là justement, dans la fiche qu'on nous a donnée, il y a la première séance qui est offerte, mais on n'a pas d'échelle de prix. Les gens m'ont demandé « On n'a pas l'échelle de prix, à peu près ? Car au niveau du budget, quand on a la CMU... » Alors que pour le kiné il est content car « il est remboursé », comme il dit... **M1** : Oui, oui.

CP : A condition d'avoir la mutuelle...

M3 : Oui, oui, mais bon... **CP** : Un réseau, un plateau technique, M5 ? **M5** : Pour les gens qui n'étaient pas pathologiques, qui n'avaient pas de besoin de kiné ou autre, je leur proposais éventuellement des clubs de sport, un petit peu des associations vers chez eux, je les invitais à chercher au niveau local (depuis longtemps notamment les clubs d'athlétisme essaient d'inciter un peu les gens à faire du sport de loisir par exemple). Et sinon après moi j'ai toujours travaillé avec des sportifs ou avec des kinés, voire des préparateurs physiques, mais c'est plus pour des cas particuliers.

CP : Des préparateurs physiques, donc c'est vraiment pour des sportifs qui veulent préparer des compétitions ou des choses comme ça ?

M5 : Oui, voilà.

CP : Oui, d'accord, OK. Alors maintenant si on commence avec l'expérience de la prescription d'activité physique sur ordonnance qui vient de débiter, je vais vous poser une question toute bête, toute simple : Comment avez-vous fait ?

M1 : Comment cela, pour prescrire avec ça ?

CP : Pour démarrer, oui, pour prescrire, ...

M1 : On a fait remplir un test.

M2 : Moi je l'ai rempli moi-même, et puis j'ai dit « Moi je suis à 24, et vous ? »

(Autres : Rires)

M2 : « Comment on va faire, comment on va faire ?

- On est mieux que vous.
- Ah bon, eh bien tant mieux pour vous.
- Là on est moins bien.

- Mais enfin, vous êtes plus jeune, c'est quoi cette histoire ? » Et puis voilà, j'ai commencé comme cela. **CP** : D'accord. Avec des patients qui étaient dans votre bureau ? **M2** : Dans le bureau. J'ai dit que je faisais partie d'une expérimentation chambérienne et que j'avais besoin de dix personnes, « si vous voulez bien me rendre service en participant aussi », alors là ils sont toujours d'accord pour rendre service au docteur. Alors parfois je mentais un petit peu, je disais « Ecoutez j'en ai huit, il ne m'en manque que deux... »

(Autres : Rires) **M2** : « Attendez, je vais faire le neuvième, et puis ma tante elle pourrait faire le dixième, comme ça vous les avez tous. » Je dis « Ah oui, ça y est, je les ai tous. »

M3 : Rires. Ah je n'ai pas utilisé ça.

M2 : Donc ils font ça devant moi et ensuite ils emmènent ça, et souvent ils me le ramènent ou me le renvoient par la poste.

CP : D'accord. Donc ils font le test, et ils partent avec la fiche.

M2 : Et ils partent avec. Oui. **CP**

: D'autres retours ? **M1** : Ah

oui, c'est pas mal, oui.

M2 : Oui. Comme ça ils ne sont pas piégés. Et soit ils les ramènent, soit ils les renvoient.

M1 : D'accord. Parce que moi, effectivement, j'ai proposé (donc j'en ai eu sept, cinq pour le parcours 1 et puis j'en ai eu deux parcours 3), et effectivement il y en a qui se sont sentis un peu piégés. Je

leur ai fait pareil, d'abord le test, et puis ensuite ils disent « Eh bien non, mais qu'est-ce que c'est ce truc ? », et du coup ça m'a un peu refroidi après. Quand ils ont vu qu'il fallait remplir tout de suite quelque chose comme ça, et je n'ai pas su trop leur expliquer, je leur ai dit que ça faisait partie de l'expérimentation en Savoie, que c'était jusqu'en juin, etc. Après je n'ai pas su [répondre à] « Qu'est-ce qu'ils vont me dire ? Qu'est-ce que ça va être ? » et du coup après j'ai un petit peu arrêté. En revanche pour les deux personnes en 3, effectivement c'était plus facile car elles sont en situation de handicap et là vraiment je leur ai dit « Il y a quelqu'un qui va vous voir, qui va vous interroger et vous recevoir, qui va vous aider pour vous remobiliser, pour que vous n'ayez pas mal ». Voilà. C'est des gens qui avaient essayé du sport...

CP : Oui M5 ?

M5 : Eh bien moi, pour commencer, j'avais les tests dans mon bureau, je posais la question en fin de consultation après avoir essayé de régler les problèmes pour lesquels ils étaient venus, et au début j'avais essayé de cibler un petit peu les gens à qui je le faisais remplir. Et puis après du coup, comme je n'avais pas énormément de questionnaires et pas énormément de gens qui avaient des petits scores, j'ai essayé d'élargir, donc j'ai mis les questionnaires dans la salle [d'attente] sur le comptoir de la secrétaire, et c'est la secrétaire qui incite un petit peu à le faire remplir. Après je rappelle les gens qui ont des scores qui sont un peu faibles, je les rappelle pour en discuter avec eux, pour voir si éventuellement ils veulent participer à l'étude. Donc ça demande quand même pas mal de temps, je n'arrive pas à le faire en une seule fois. J'en ai très peu qui l'ont rempli avant la consultation, et comme ils ne viennent pas pour ça je le fais quand même plutôt à la fin, ou alors dans un second temps je les rappelle, puis pour leur faire remplir le papier s'il le faut.

CP : Oui. Qu'est-ce qui veut s'exprimer ? Comment vous avez fait en pratique ? **M4** : Eh bien moi, j'ai rempli deux questionnaires verts (parcours 3). J'ai mis longtemps à voir qu'il y avait des parcours 1, 2 et 3. Pour moi, pour toutes les explications où il y avait écrit parcours 1, parcours 2 et parcours 3, je me disais « Mais enfin, les fiches ce sont des couleurs, ce ne sont pas des numéros, comment ça fonctionne ? ». Et instinctivement je ne sais pas comment j'ai rempli le parcours 3 la fiche verte, je ne sais pas s'il y a une symbolique au niveau de la couleur de l'espoir ou je ne sais quoi, et j'ai repéré depuis très peu que la rose c'est parcours 1, c'est écrit dessus. Donc pour moi là-dessus [sur le guide médecin] j'aurais bien aimé qu'il y ait écrit parcours 1 rose, parcours 2 jaune, et puis voilà. J'ai mis du temps à voir ça. Et je pense aussi que, quand on est parcours 3, c'est beaucoup plus facile de donner la fiche et de la faire remplir, parce qu'il y a un service immédiat sur une demande bien particulière, et on va vous aider donc c'est normal. Pour tout vous dire, j'ai deux personnes qui sont en théorie en parcours 1, que je n'ai absolument pas fait rentrer dans le truc. Déjà moi spontanément je ne me voyais pas dans la conversation leur dire « Bon bien voilà, vous faites votre vélo chez vous, tenez, remplissez-moi ça », alors que la solution d'éventuellement donner la fiche et qu'ils me renvoient après, je trouve que ça libère d'une contrainte.

M1 : Oui, c'est vrai, c'est une bonne idée. **CP** : D'accord. **M4** : Et

le parcours 2, alors vraiment, on est entre deux chaises. **M1** :

C'est vraiment difficile, je trouve. Je suis d'accord.

M4 : Je trouve que c'est un peu entre deux chaises parce que bon, ils ont pas mal d'adresses sur un truc mais ce n'est jamais proche de chez eux, ce n'est jamais où ils veulent, ce n'est jamais, ... voilà.

CP : Cela sous-entend que vous avez regardé avec eux ce qu'ils pouvaient faire ?

M4 : Oui, oui, oui.

CP : D'accord. Je vais juste reformuler. **M4** : Une fois ou deux, après voilà. **CP** : Vous regardez avec eux, et effectivement, pourquoi, vous pensez que ça pourrait peut-être être un manque de motivation ?

M4 : Oui bien sûr. **CP** : Il y a des offres mais ces offres ne conviennent pas, elles ne coïncident jamais. **M4** : Oui, ça fait partie du manque de motivation, bien sûr. S'ils étaient hyper motivés à faire quelque chose et qu'on leur dit « Ben regardez, il y a tout ça »...

M1 : Et puis il y a aussi que dans ce parcours 2 il y a des choses qui correspondent au parcours 3, puisqu'il y a des trucs en situation de handicap.

M2, 3, 4 : Oui. **M1** : Du coup moi je l'ai donnée [la fiche des offres] aux deux des parcours 3... **M2** : Moi aussi.

M1 : ... à une au moins je la lui ai donnée, je lui ai dit « Vous voyez, regardez, on va vous diriger peut-être vers ce genre de choses, etc », voilà. Mais c'est vrai que c'est un peu limitatif ; moi je vais à une salle de gym qui est très bien, et elle n'y est pas, elle n'y est pas !

(Autres : Rires) **M1** : Donc je fais de la pub pour ma salle de gym aussi. Elle pourrait très bien y être. **CP** : Pourquoi pas... Là vous avez parlé des refus éventuels, qu'est-ce que vous avez remarqué d'autre dans les refus ? Vous avez cité l'éloignement des structures, l'absence de motivation, ... **M2** : Ceux qui font déjà, ils me disent « Oh bien ce n'est pas la peine, je fais déjà ». Je leur dis « Mais non non, ça va faire une bonne expérimentation pour mon cabinet » Alors hop ils font.

M1 : Moi j'ai eu des retours. Ils me disent « Mais pourquoi vous voulez que je fasse si je suis à plus de 19 ? ». Alors des fois je pense que je n'aurais pas dû leur faire le test.

CP : D'accord. **M1** : Car sur le coup ça démotive. Car s'ils montent les escaliers... Parce qu'il y en a un effectivement je trouve qu'il a un excès de poids, il devrait faire tout ça ! Il remplit, il est claustrophobe donc il monte ses quatre étages pour aller travailler, effectivement il bouge ! Mais quand même, moi je trouve qu'il ne bouge pas assez, donc il en aurait besoin pour sa santé. C'est quelqu'un qui est quand même assez jeune, qui a un peu trop de cholestérol. Voilà. Et du coup je crois qu'il était à 20...

M2 : Mais peut-être qu'il faudrait lui dire : « Moi je suis à 35 » ...

M1 : Vingt ans de moins que moi ! **CP** : D'accord. Donc le docteur se met en scène.

M2 : Moi je dis : « J'ai 65 ans, je vais me faire opérer d'un genou le mois prochain et malgré tout vous voyez je suis à 24. Et vous ? » L'air de dire : « Bougez quand même !

- J'ai mal ci, j'ai mal là, ...

- Eh bien oui, moi aussi. » **CP** : Vous avez eu des documents à disposition pour promouvoir cette expérience ? **M4** : Non (avec gestuelle de deux zéros avec ses mains). **M1** : Eh ben si, on a eu ça, le dossier [la pochette]. **CP** : Eh bien je ne sais pas, des affiches en salle d'attente...

Tous : Oui, oui

M1 : Oui, deux affiches. **CP** : Moi je suis candide, je suis à Lyon, je ne connais rien à l'expérience. **M1** : Une affiche en salle d'attente, c'est l'affiche « Bougez ». **CP** : Vous avez tous utilisé cette affiche ?

M1 : Il y en a une affiche, elle est comme ça, et puis là il y a marqué « Faites le test ». J'ai mis des flèches et j'ai mis le bloc des tests, les fiches des tests dessous. Il y en a quelques-uns qui me le font, ça disparaît, mais ils ne me le donnent pas, ils oublient de me le rendre. **M2** : Moi je mets la pile à côté d'eux. Moi je suis là, il y a la lampe, et la pile est là [à côté de la lampe], donc ils sont là. Pendant que je fais mon ordonnance, que je passe la carte vitale et tout le tralala, ils regardent un peu ce qu'il se passe et ils disent « C'est quoi, ça ? » Je leur dis « Faites-le pendant que je suis occupée », alors ils font. Mais c'est eux qui posent la question parce que c'est là. **CP** : D'accord, d'accord, donc vous attirez l'attention et la curiosité. **M2** : Parce que en salle d'attente, non.

CP : En salle d'attente vous ne pouvez pas faire fonctionner.

M2 : Les gamins n'aiment pas trop. **M1** : Et puis ils ne vous les donnent pas. **M3** fronce les sourcils. **CP** : Ça fonctionne chez vous en salle d'attente ?

M3 : (petite voix) Moi c'est salle d'attente, dans l'heure je n'ai pas le temps. Non, c'est vrai. Ça ne va pas. Mais comme on attend, je dis que « Plutôt que de vous ennuyer, eh bien faites le test ». Et même les accompagnants des fois le font, alors... Mais non, moi ça va bien en salle d'attente. Moi je suis peut-être pas..., peut-être plus lente...

M4 : Chez nous ça brasse un peu plus. **M3** : Moi c'est plus simple. **M4** : Les gamins, ils font [écriture en gribouillis sur une feuille]... **M3** : Moi c'est bien rangé. **CP** : Il y a autre chose peut-être en salle d'attente ? Il y a des affiches, non ?

M1 : Eh bien en théorie, si on mettait tout ce qu'on nous envoie, il n'y aurait pas assez de murs. Effectivement moi je limite, je n'affiche pas du tout ce qu'ils envoient. En médecine générale, tout ce qu'on a !

M4 : Oui, oui. **CP** : Et M5, il a utilisé la secrétaire, j'ai entendu. **M4** : Nous elle n'a pas le temps, la secrétaire.

CP : Vous avez des idées pour mettre en valeur l'expérience un peu plus ? qui vous aideraient ? **M4** : Moi, ce qui me sera le plus facile, c'est d'avoir ça [le guide du médecin et les flyers] sur le bureau effectivement, et...

M2 : Que tu poses la question.

M1 : Moi j'en ai lassé en salle d'attente et j'en ai dans ma pochette. J'ouvre ma pochette et je leur dis « Allez ». Et effectivement je fais le test, c'est moi qui le remplis. Je fais comme toi [M2]. **M2** : Non. Ils font pendant que moi je fais l'ordonnance, la carte vitale, les paperasses, quoi. Pendant qu'ils attendent.

CP : Et quand vous conseillez vos patients pour une activité physique, dans le cadre de l'expérience ou pas, vous connaissez à peu près les structures où on va les envoyer ?

M1 : Moi je trouve qu'il y a quelque chose de très intéressant que je ne connaissais pas, activité physique adaptée par exemple, gymnastique douce et parcours moteur. Alors Siel Bleu m'a appelée pour ma patiente, donc voilà, alors je découvre Siel Bleu. **M4** : En plus là-dessus on ne sait pas où ils sont ! **M1** : Eh bien on imagine que c'est sur Chambéry. Il y a Siel Bleu, il va à domicile je crois, ils sont allés à domicile chez ma patiente.

M2 : Est-ce que ce ne serait pas plus simple de tout refiler à Lucile ?

(Autres : Rires) CP : Tout refiler, c'est-à-dire ? **M2** : Eh bien les 2 et les 3 ! **M1** : Oui, les 2 vraiment fff *(soupirs)*.

M2 : Les 2 et les 3, hop : « Il y a quelqu'un, là, qui va vous conseiller, voilà ». **M4** : Quelqu'un qui discute avec eux, « Où est-ce que vous pouvez aller ». **M2** : Pour montrer tout ça. « Elle va vous appeler, savoir ce qui vous intéresse ». **M4** : Moi je n'ai pas le temps de discuter.

CP : Pour aider les patients à choisir un parcours adapté, à ses possibilités quelles qu'elles soient, financières, physiques, géographiques, et finalement d'avoir une personne ressource dédiée à ce travail-là, c'est une piste qui vous aiderait ?

M2 : Oui, moi je mettrais les 2 et 3 avec Lucile.

M1, 2, 4 : Oui, oui. **CP** : Vous êtes d'accord, M5 ? **M5** : Je n'ai pas entendu la fin.

CP : Oui, excusez-moi. Une participante disait qu'avoir quelqu'un qui gèrerait avec le patient le choix du parcours en fonction de ses préférences, c'est quelque chose qui vous aiderait ?

M5 : Eh bien oui, ça c'est un des grands débats. Il faudrait soit que tous les médecins connaissent par cœur l'offre qui existe, ça nécessite de l'investissement, du temps et d'avoir un réseau comme on a un réseau de confrères ; il faudrait qu'on ait un réseau qu'on connaît de clubs ou des associations de sport, et ça petit à petit peut-être que pour certains ça pourra se faire, mais ça ne pourra pas se faire pour tout le monde. Donc après c'est pour ça que pour certains, mais pas pour tous parce qu'on ne pourra pas le proposer à tout le monde, on pourra proposer une interface, avoir quelqu'un : soit un APA, soit il faudrait avoir un centre de médecine du sport pour de la prévention primaire, avec des acteurs de santé qui soient performants là-dedans ; c'est un enjeu important mais qui ne doit pas être facile à mettre en place.

CP : Oui, alors je suppose que c'est aussi en terme de moyens et d'efficacité ! Alors dans beaucoup d'études il est démontré que c'est quand même quand le médecin du patient, que ce soit le médecin traitant ou un autre, quand le médecin qui est en relation la plus proche avec le patient qui l'encourage, il le fait beaucoup mieux que si on le délègue rapidement à quelqu'un. Je crois que c'est un petit peu ce que veut faire l'expérience. C'est-à-dire « Allez là-bas, on vous aidera à faire du sport », on n'a pas l'impression que cela fonctionnera. Donc il faudra quand même que le docteur s'investisse un petit peu pour que le patient augmente sa motivation. Mais là je quitte un peu mon rôle d'animateur...

(Autres : rires)

M5 : Là je suis tout à fait d'accord ! Il faudrait que tous les médecins prennent soin d'eux et fassent de l'activité physique pour qu'ils transmettent la fibre et le goût à leurs patients ! Et c'est sûr que ce sont eux les mieux placés, chacun, pour s'occuper de leurs patients, leur trouver et les accompagner dans l'activité physique qui leur correspond. **M4** : Nos kinés en question, qui sont près de mon cabinet, accompagnent par groupes leurs patients sur le terrain, à faire des activités physiques avec eux. Donc ça, ça marche super bien, moi je délègue. **M3** : Moi, la question que je me pose, c'est d'où sont-ils allés chercher ces adresses ? **M1** : Ce sont des associations partenaires ! **M3** : Ils sont allés chez [ces associations] et ont dit : « Acceptez-vous... ? » Comment ça s'est passé ? **CR** : Moi à la base, tout ce que je sais, c'est que c'est le CDOS et tout le mouvement sportif qui a cherché ces associations.

M1 : D'accord.

CP : Je suppose que ce n'est pas limitatif.

CR : Non non, ils avaient fait une réunion, ils avaient invité plusieurs associations et étaient venus ceux qui étaient volontaires.

CP : Bon eh bien je pense qu'on a un petit peu fait le tour de comment ça s'est mis en place, et ensuite comment est-ce que vous avez déroulé... **M3** : Une petite chose, je me disais activité physique adaptée...

CP : Pardon. **M3** : Activité physique adaptée, c'est toujours la gym, des choses comme ça... Pourquoi « personnes âgées » dessous ? C'est un peu péjoratif, « personnes âgées », alors que ça peut très bien s'adapter à une femme... je ne sais pas... **M1** : Oui, c'est activité physique pour personnes âgées. Non, mais ce sont deux choses.

M3 : Il semble que c'est réservé aux personnes âgées, et gym douce, bon, on peut avoir 55 ans ou 60 ans ou 40 ans et faire de la gymnastique comme une personne âgée. Ça me semble péjoratif. C'est une réflexion, c'est tout, ça ne va pas plus loin.

CP : C'est noté, c'est même enregistré. **M5** : J'avais juste une dernière remarque, je peux ? Vous m'entendez ? **CP** : Oui, oui, on vous écoute.

M5 : Par rapport au test, je pense que c'est vrai qu'il y a un biais pas rapport à ce test qui n'est pas parfait comme tous les tests, et c'est vrai que ça a été soulevé le fait que certains patients ont un score relativement élevé et qui pourraient bénéficier de faire un peu plus d'activité physique. Et c'est pour cela qu'en en discutant en comité de pilotage, on s'était dit que, pour simplifier et pour aller plus vite aussi, on pourrait simplement demander si les patients faisaient 30 minutes d'activité par jour. Parce qu'il y a quand même vraiment cette notion de régularité qui est importante, et de faire 5 heures de sport le week-end ou très intense ce n'est pas aussi bon que de faire 30 minutes tous les jours. Donc on pourrait presque pratiquement squeezer le test, ici, si on a une réponse qui est négative à la question « Est-ce que vous faites de l'activité tous les jours ? ». Et ça permettrait de faire bénéficier à plus grande échelle à mon avis. Et le test est quand même assez récent, mais ce n'est qu'un outil et il a plusieurs biais, on en a déjà discuté, notamment au comité de pilotage. Voilà. Et moi je milite pour qu'il y ait un score, qu'il y ait une catégorie dans les logiciels médicaux, qu'on

devrait rentrer obligatoirement, comme les antécédents, qu'il y ait activité physique et qu'on puisse l'intégrer directement dans tous les logiciels médicaux.

CP : Oui, comme le tabac et l'alcool. **M5** : Tout à fait, que ça rentre dans les mœurs de façon beaucoup plus large. **CP** : Avoir un score de sédentarité.

M5 : Oui, tout à fait.

CP : OK, très bien. Alors ensuite, quand vous avez prescrit de l'activité physique adaptée, comment s'est déroulé le suivi de cette prescription ? Est-ce que vous avez déjà revu des patients ? Des retours ? C'est trop tôt, peut-être ?

M4 : Moi c'est beaucoup trop tôt. En fait j'ai pris l'expérience en cours de route, je n'étais pas à la première réunion. J'ai débarqué comme ça, là, on m'a apporté tout ça, un gros pack. Et donc j'ai eu du mal à commencer et j'ai très peu de gens. Ça fait un petit mois à peine que j'ai commencé. **CP** : Donc pas encore vraiment de suivi...

M4 : Aucun retour, ça c'est sûr. **M3** : Moi cela ne fait que quinze jours et j'ai eu huit jours de vacances. Cela ne fait qu'une semaine car j'étais hors.... Je suis venue à la réunion pourtant. **M2** : Moi j'ai des retours. Alors le parcours 1 ils essaient de faire un petit peu plus, je leur redemande, voilà. Le parcours 2 ils attendent un peu qu'on les contacte : « Et personne ne m'a encore contacté ». Alors moi je leur dis « ce n'est pas tout de suite », [ils sont] en attente de ça, comme déçus. Et le parcours 3, je n'en ai pas beaucoup des parcours 3, je dois en avoir deux, je ne les ai pas revus.

M1 : Moi j'en ai revus dans le parcours 1, mais ce sont des patients que je suis tous les mois, des patientes (j'en ai deux ou trois) par rapport à un excès de poids, donc du coup je les vois pour la pesée du mois. Ils s'y tiennent bien, j'ai l'impression qu'elles s'y tiennent, au niveau poids ça ne bouge pas trop mais j'ai l'impression qu'elles se tiennent aux 30 minutes. Je crois que c'est du vélo d'appartement, les deux des 2, et la troisième je ne sais plus. En parcours 3 il y en a une que je revois assez souvent et j'ai oublié de lui demander, mais elle a été contactée et elle a rencontré [...], et l'autre elle n'a pas pu venir me voir mais le gars de Siel Bleu m'a appelée, donc elle y est allée ou il est allé chez elle, je ne sais plus trop. Et les autres, non, il y en a que je n'ai pas revus.

CP : M5, sur le suivi ? Vous avez un retour ? **M5** : Moi je n'ai pas eu de retour, non pas encore. **CP** : Non, pas encore. Très bien. Vous avez eu des contacts avec les personnes, donc j'ai entendu Siel Bleu ?

M1 : Voilà, un appel téléphonique de Siel Bleu. **CP** : Oui. Et d'autres ont eu des contacts avec les organismes d'associations citées ? Non ? **M1, 2, 3, 4** : *Hochement négatif de tête*. **CP** : Est-ce que vous pensez que certains patients ont augmenté leur activité physique, en particulier les fameuses 30 minutes d'activité physique par jour ?

M1 : Alors moi, oui. Il y en a. **CP** : Et j'ai entendu que c'étaient des patientes en recherche d'amaigrissement. **M1** : Voilà.

CP : D'autres retours ?

M2 : Oui, oui, ils ont augmenté.

CP : Ils ont augmenté. Et quel type de patients, alors ? **M2** : Hypertension, dépression, insomnie, qu'est-ce qu'il y a eu encore, diabète, voilà. **CP** : Et vous [M2], êtes-vous satisfaite, quels retours vous en avez, vous et les patients ?

M2 : Pour l'insomnie et la dépression, effectivement, il y en a qui sont plus toniques (toniques, on va dire comme ça), et le diabète c'est trop tôt, il faut refaire des analyses, l'hypertension c'est trop tôt.

CP : Donc quand même un certain bénéfice positif pour ces deux. **M2** : Oui, oui. Les deux qui se remettent en cause. **CP** : Enfin on ne peut pas faire de statistiques avec deux ou trois patients, mais quand même est-ce que pour vous justement ça vous encourage aussi à les motiver à bouger ?

M2 : Bien sûr. **M4** : Moi je n'ai pas de retours. **CP** : Pas de retours (en regardant M4), du tout, aucun retour (en regardant M3), ... **M3** : Non, non.

CP : Très bien. Est-ce que je suis bien dans la grille... Donc là on n'est pas suffisamment [avancés dans l'expérience]... Est-ce que vous avez eu, dans cette prescription sur l'activité physique, ce sport sur ordonnance, l'impression que ça a modifié votre relation avec le patient ?

M2 : Pas trop. **M1** : Ça ne modifie pas mais ça prend plus de temps. **Autres** : Oui.

CP : Ça prend du temps. **M2** : Pas trop, ça ne change pas trop. **M3** : [Hausse les épaules et fait la moue]. Non, moi ça m'a fait drôle d'abord de prescrire. *Rires*. **CP** : Oui, parce que vous êtes plutôt dans le repos d'habitude. *Rires*.

M4 : Moi je trouve qu'une fois qu'on a bien discuté de cela, d'écrire noir sur blanc, je veux bien croire que c'est beaucoup mieux, mais cela me fait bizarre.

M1 : Oui, oui. **M4** : Et une ou deux fois j'ai dit, après avoir bien expliqué, que si la prochaine fois on n'y arrive pas, je l'écrirai noir sur blanc. Mais je ne l'ai pas fait d'emblée.

(**M3** : *Rires*) **M1** : Eh bien moi, pour l'étude, je leur ai dit que ça fait partie de l'étude. **CP** : Qu'est-ce que vous avez écrit ?

M1 : Ah bien moi j'ai programmé « APS » sur l'ordinateur comme une ordonnance, c'est pratique, tchac.

(**M3** : *rires*) **M1** : Je leur ai donnée [l'ordonnance]. **CP** : Et vous avez écrit quoi ? **M2** : « 30 minutes d'activité par jour ».

M1 : Eh bien « 30 minutes d'activité physique par jour », voilà, « Pratiquez 30 minutes d'APS par jour ».

M2 : Et sur l'ordonnance toute seule ?

M1 : Toute seule. Non, il y en a une où je l'ai rajoutée, je l'ai mise comme un médicament.

M2 : Eh bien voilà.

M1 : Donc des fois c'est vrai que je donne des antalgiques, de l'homéopathie... et je l'ai mis après. C'est donc « APS » et puis « Pratiquez 30 minutes par jour ».

CP : M5, vous avez fait ça, aussi ?

M5 : Alors, pour répondre aux différentes questions, moi je pense quand même qu'il va y avoir un impact, j'ai l'impression qu'il y a un bon retour et une bonne adhésion au fait de prescrire. Moi, depuis que je prescris, je bouge beaucoup plus, je vais beaucoup, beaucoup plus en vélo au cabinet, je me déplace beaucoup plus à vélo. Pour moi c'est déjà une petite révolution très agréable. (**M3** : rires)

M5 : Et après, en terme pratique, moi j'ai une ligne où je fais du copier-coller, je la rajoute sur mon ordonnance. Je n'ai pas réussi à le mettre dans les médicaments encore, ça viendra peut-être bientôt, et j'essaie de modifier juste la tournure de la phrase pour essayer de l'adapter au patient.

CP : Très bien. Donc vous avez un bénéfice secondaire personnel à participer à cette expérience. **M5** : Tout à fait. Oui. Complètement. Et c'est déjà beaucoup.

CP : [Aux autres] Vous aussi ? **M1** : Moi je ne peux pas faire plus. Je roule en vélo tout le temps, je vais à la gym tous les soirs, donc je ne peux pas faire plus...

CP : Est-ce qu'on peut penser peut-être que les médecins qui participent à la phase pilote sont les médecins convaincus, et qui donc déjà font un peu... ?

M5 : C'est sûr.

M1 : Non, pas obligé.

M4 : Non, moi je ne fais pas grand-chose. Je promène mon chien et je fais du tai-chi une fois par semaine. Non non, au test je ne suis pas très bonne...

M1 : Non non, pas obligé.

CP : D'accord. Justement, j'avais une question sur votre activité physique vous-même. Avant, après l'expérience ?

M1 : Idem. Ça n'a rien changé. **CP** : Ça n'a rien changé. Donc M5 en fait un peu plus. **M2** : Moi c'est pareil.

CP : Pareil [en regardant M2]. **M3** : Non mais ce qui a, c'est une notion de quotidien, oui. **M1** : Oui, oui, c'est que c'est bien, du quotidien. **M3** : Ça c'est important, c'est du quotidien. Et c'est vrai que ce n'est pas de faire cinq heures... **CP** : Que vous vous appliquez à vous-même ? **M3** : Difficilement, difficilement. J'habite en face de mon cabinet, c'est pratique c'est sûr... **CP** : Oui.

M2 : Moi je suis, comment dire, je suis sportive de cœur.

(**M3** : Rires) **M2** : Et j'ai passé ces cinq dernières années à changer de sport parce que j'avais ce genou qui n'allait pas, et je trouve dommage j'ai laissé le ski, j'ai laissé le golf, j'ai laissé le tennis, je suis passée du tennis au golf puis du golf à la marche, et puis la marche à promener le chien, ça descend, ça

descend... Et alors j'ai dit aux gens « Vous qui avez la chance de pouvoir aller, moi je suis privée de ça ! » Je fais du vélo, de la natation, l'été je nage une heure par jour, mais bon, voilà, tout le reste ça me passe sous le nez avec regret, quoi. « Donc vous avez la chance de pouvoir le faire, faites ! » Ça, ça les motive un petit peu, il me semble. Moi je parle bien de moi, souvent, dans mon boulot.

M4 : Moi ce que je pense, c'est qu'en théorie quand on regarde cela [la plaquette d'offres de mobilité], justement, il n'y a pas de limitation. Même ceux qui sont mal fichus, qui ont les genoux en vrac, ils doivent pouvoir trouver au menu, à la carte, quelque chose qui leur convienne. **M2** : Oui, mais pas tout. **M4** : Mais ça, ça demande à être discuté avec quelqu'un d'autre que moi. Parce que moi je n'ai pas le savoir de tout cela...

M2 : Oui. **M4** : De me plonger là-dedans, de savoir où ils doivent aller chercher, où ils doivent trouver. **M2** : Il faut qu'ils aiment l'activité qu'ils choisissent, aussi. **CP** : Ce que vous dites, c'est que vous êtes convaincus de la nécessité de l'activité physique, que par contre vous avez un plus de peine à savoir ce qui est le plus adapté à l'état physique de votre patient. **M4** : Oui

CP : Et où est-ce qu'il peut aller chercher ça. C'est ce que j'ai entendu. Je me permets de reformuler.

M4 : Surtout ça. Pas forcément qu'est-ce qui est le mieux adapté, mais en tout cas où est-ce qu'il va pouvoir trouver quelque chose de particulièrement adapté à son profil.

CP : D'accord. **M2** : Moi j'insiste pour qu'il fasse quelque chose qu'il aime. **M3** : Pour se faire plaisir.

M2 : Quelqu'un qui n'aime pas nager je n'insiste pas, il dit « Ah non ce n'est pas mon truc », je dis « Bon ben hop, passe à autre chose. Qu'est-ce que vous préférez ? ». **CP** : D'accord. Donc par rapport à vos motivations, il y a M5 qui est médecin du sport, je crois qu'ici autour de la table c'est le seul. **M3** : Non, moi je suis médecin du sport, j'ai fait médecin du sport, mais voilà... **CP** : Vous avez la formation mais pas la pratique. D'accord. Vous êtes quand même convaincue de la nécessité de faire du sport.

M1 : Moi aussi, je n'ai que le certificat. **CP** : Il semblerait quand même que les médecins ici autour de la table aient une certaine appétence pour l'activité physique. **M4** : Oui, sinon je pense qu'on n'aurait aucune envie de participer à ce genre d'expérience. En tout cas on a la certitude.

CP : Non mais c'est juste pour savoir.

M1 : Le fait de bouger, c'est « Bougez-vous » qui est intéressant, c'est « Bougez-vous ».

CP : C'est « Bougez-vous ». D'accord. Alors finalement pourquoi vous avez été volontaires, qu'est-ce qui vous a attiré dans cette expérience ?

M4 : Eh bien moi je pense que c'est vraiment quelque chose de naturel et qui fait partie du bon conseil du médecin, et c'est là où moi je suis contente déjà simplement d'avoir parlé de ça et d'avoir conseillé ça, comme un bon conseil de comptoir. Ce n'est pas grand-chose.

CP : Ce que j'ai entendu, c'est que vous pensez que ça fait partie du travail de médecin, comme d'interroger sur la consommation d'alcool, l'arrêt du tabac, l'activité physique. **M4** : Tout à fait, c'est exactement ça.

CP : Donc ça vous a motivée pour participer.

M4 : Oui.

CP : D'accord.

M3 : Moi c'est tout bête. Parce que je suis sortie de mon cabinet et je me suis mise en tête-à-tête avec Mr Daranda, et il m'a dit « On va faire une expérience ! »

(Autres : rires) **CP** : D'accord, vous vous êtes fait recruter, vous vous êtes fait embarquer. Mais comme je l'ai dit au début, tout peut se dire. Donc vous êtes là pour lui faire plaisir ! **M3** : Non même pas, mais j'ai dit « Pourquoi pas, c'est intéressant ». **M2** : Un peu, un peu. Moi aussi, un peu. Quand Daranda nous siffle, moi je réponds présente. **CP** : Un peu embarquée dans l'histoire !

(Autres : rires) **M1** : C'est vrai qu'il est très enthousiaste. Et en revanche, ce qu'il y a... Parce que l'activité physique ça fait très longtemps que je le conseille à mes patients, de bouger. Et je me suis dit que peut-être qu'avec cette étude on aura peut-être un support un petit peu plus officiel.

M3 : Oui, exactement, un support. Il semble que c'est trop simple, « 30 minutes, bouger », il me semble que c'est simple, et pourtant...

M1 : Je me suis dit qu'on n'aura jamais une reconnaissance par la CPAM, il ne faut pas rêver. Enfin je pense !

M2 : Est-ce que vous avez reçu un appareil à tension ?

M1 : Oui, ça y est, je l'ai commandé, je l'ai eu. **M2** : Qui l'a commandé ?

M1 : Tu vas sur...

CP : ameli.fr.

M2 : Moi je n'ai rien commandé. Est arrivé cet appareil à tension, avec une facture. Moi j'ai dit « Je n'ai rien commandé, qu'est-ce que c'est que cette facture ? ». C'est marqué « livraison » et puis « facture à la CPAM ». J'ai pensé que c'était en récompense de cette étude.

(Tous : rires) **M3** : Déjà ! Déjà ! C'est pour les bons élèves ! **CP**

: Non, alors si vous voulez, on en reparlera tout à l'heure. **M1**

: On en parlera après.

CP : Je vais demander au M5 : sa motivation ? J'ai compris qu'il était dans le comité de pilotage. **M5** : Oui, alors, moi, ma motivation, c'est revenir aux principes de base de la médecine du sport. La médecine du sport, initialement, c'était préventif ! Maintenant ça s'est beaucoup tourné vers la traumatologie et toutes les conséquences néfastes du sport, mais normalement c'était la santé par le sport. Donc en tant que médecin généraliste et médecin du sport, je pense que c'est l'essence même de notre activité de pouvoir conseiller un petit peu. Et moi aussi j'avais envie d'avoir autre chose à proposer aux patients plutôt que leur dire « Mettez vos baskets et allez courir » sans avoir un peu plus réfléchi et travaillé, et avoir d'autres choses à leur proposer. Donc je pense que cela

devrait faire partie intégrante de notre activité. Mais c'est vrai que c'est quelque chose qui prend beaucoup de temps. J'espère que la CPAM, et je pense qu'elle commence à s'en rendre compte, et il va peut-être y avoir une cotation prochainement quand même donc j'ai bon espoir que cela devienne quelque chose de plus reconnu encore. Et je vais vous dire au-revoir, je vais être obligé de vous abandonner pour la fin de la réunion, car là je suis en déplacement et je vais avoir des contraintes horaires.

CP : D'accord. **M5** : Je vous souhaite une bonne fin de réunion, bonne soirée, merci beaucoup. **Tous** : Merci beaucoup, au-revoir !

M3 : Je pensais à autre chose. Par exemple, chez certaines personnes, le sport ils ont déjà peur. « Bougez-vous la vie », « Bougez-vous », il n'y a pas le mot « sport » dedans, et ça concerne tout le monde. C'est des choses simples.

M1 : Activité physique. **M3** :

Activité physique, voilà. **M1** :

Le « S » de « sportif »...

CP : Ça c'est quelque chose qui reste très positif. « Bougez-vous » plutôt que « Faites du sport ».

M1 : Ah oui, ça, « Bougez-vous », c'est bien.

M3 : Il me semble que c'est des choses simples, c'est comme vous savez comme pour les régimes, la phrase qui dit « Cinq fruits et légumes », c'est tout bête...

M1 : Oui.

M3 : Mais c'est drôlement bien. Tout le monde se sent concerné. Et là « Faites du sport... » « Oh non, moi le sport, je n'aime pas le sport ». *(Mime une attitude de refus, d'opposition, de dégoût)*. Alors c'est « bouger », c'est tout bête, c'est très bien, franchement c'est bien. **M1** : Mais « Bougez-vous », ça c'est bien. Moi je trouve qu'effectivement l'affiche est bien. **M3** : Cela concerne tout le monde, même ceux qui ne sont pas sportifs.

CP : D'accord. Juste alors pour faire un petit peu le bilan, on a commencé un petit peu à parler du bilan, c'est loin d'être fini mais en tout cas un premier bilan de vos premiers pas dans cette expérience, donc pourquoi vous étiez volontaires, comment vous avez prescrit. Qu'est-ce que vous avez comme critique concernant l'organisation ?

M1 : Alors concernant l'organisation, moi je n'ai pas de critiques. C'est bien organisé, les dossiers sont bien faits, c'était bien clair mais...

CP : On a entendu qu'il fallait mettre 1 rose, 2 ... **M1** : Non mais on était à la réunion au début, elle n'y était pas, ils nous l'ont expliqué. **M4** : Moi je ne sais pas comment je suis arrivée ici. **M3** : *(rires)*. Ce n'est pas en rencontrant Daranda ? **M1** : Non non, j'ai trouvé que c'était très clair. Par rapport à la réunion où on était nombreux et où il y avait plein de gens qui compliquaient le truc « Oulala », mais finalement quand on regarde la pochette c'était très clair. Sur l'organisation, non. C'était juste effectivement qu'on n'avait pas eu assez d'éléments sur cette réponse des gens [des évaluateurs du dispositif patient] qu'il fallait dire [aux patients] par rapport à [ce qu'on attend d'eux et ce qu'on fait de leurs coordonnées]... Ça elle ne nous l'avait pas dit du tout à la réunion, qu'est-ce qu'ils allaient demander aux gens, etc...

CP : Comme toute expérience pilote, il y a nécessité d'évaluation pour obtenir des financements. Sans évaluation, pas de sous.

M1 : Oui mais c'est vrai que les gens, quand on leur donnait ça, avec le truc, c'est pas mal de le découper, de leur faire remplir. **CP** : Donc l'anonymisation des données, la garantie du secret, c'est quelque chose que vous pouvez avancer à vos patients.

M1 : Oui. **CP** : Et que vous jugez bien sûr, en tant que médecin, très important. **M4** : Il n'y a pas que ça. Le fait d'écrire son nom, son adresse, son âge, tout ça ici, c'est une contrainte. **M1** : C'est une contrainte. Il s'engage.

M4 : (*voix chuchotée*) « Qu'est-ce qu'on va me demander ? Qu'est-ce que je dois faire ? Qu'est-ce que ... ? » **M1** : Voilà. C'est à partir de ce moment-là du coup que je me suis dit « je vais arrêter, je vais attendre d'aller à la réunion ». **CP** : D'accord. Parce qu'on a beau dire non, plus qu'une critique, ça c'est une difficulté que vous avez pointée chez les patients.

M1 : Oui. **CP** : Je ne me trompe pas. Je reformule parfois, si vous n'êtes pas d'accord... **M1, 4** : Non, non.

M2 : Moi je fais emmener le papier. « Vous réfléchissez, si vous voulez participer vous me le renvoyez, vous me le rapportez. »

CP : Oui. Vous avez un bon taux de retour ?

M2 : Oui, oui. Ils la glissent sous la porte, ils la mettent dans la boîte aux lettres, ils la ramènent la fois d'après, ou ils renvoient par la poste. **M3** : Ils aiment leur médecin, quand même, ils aiment... (*rires*)

(*Autres : rires*) **M2** : Ils me voient souvent. **M3** : Oui c'est ça, moi je ne les vois pas souvent, ce n'est pas le même contact. **CP** : Des points positifs dans cette expérience ?

M2 : Moi je ne ferais que deux groupes : le groupe des valides et le groupe des autres. Que deux groupes. **M1** : Oui, moi aussi. **CP**

: Vous êtes toutes d'accord ? **M3**

: Moi je ne sais pas.

M1 : Que deux groupes, et que ceux du groupe 2 et 3 passent par la personne, la coordinatrice.

M2 : Lucile. **M1** : Et c'est elle qui dit « Eh bien écoutez, vous n'êtes pas si handicapé que ça donc je vous conseille ça ça ça, cette salle de sport etc ». Ceux qui sont vraiment en difficulté, à ce moment-là, de les accompagner comme c'est prévu. **M2** : Parce que les patients ils me demandent : « Mais vous me dites d'aller dans cette salle de sport, mais est-ce qu'elle est bien ? »

M1 : Oui.

M2 : Moi quand je donne un conseil, c'est un vrai conseil, je m'applique ! Donc si c'est une salle de sport où je suis allée ou une piscine où je suis allée, je leur dis la température de l'eau, le prix des entrées.

M1 : Moi je ne sais pas trop. **M2** : Ça [le flyer de l'offre], ça m'engage sur un truc que je ne connais pas. **M4** : Si on dit « Eh bien je ne connais pas », eh bien ça tombe à plat... **M1** : Eh bien... « Et vous, vous y allez ? » Je dis «

Eh bien non »... **M3** : « Je peux aller avec vous ? » (*rires*)

(*Autres : rires*)

M1 : Je risque de voir le docteur, peut-être pas...

CP : On reste un peu dans cette personnalisation de la relation qu'on a avec le patient, le médecin-patient. **M1** : Pour ceux qui ont besoin d'être aidés. **CP** : Le patient qui compte sur nous. Donc du coup, vous, si j'entends bien, ça vous dérange d'inciter un patient à aller dans un endroit alors que vous ne connaissez pas.

M2 : Oui, oui. **CP** : Donc éventuellement, il faudrait que le comité de pilotage vous invite à visiter sur les sites. **M1** : Eh bien oui !

CP : Je suggère les réponses. Pour les gens motivés, à aller les rencontrer !

M1 : Sauf qu'il faut qu'on ait le temps... **CP** : Oh bien, un dimanche ! **M3** : On ne peut pas.

M1 : Non, pas possible, on n'a pas le temps !

M2 : Tandis que si on conseille [les patients] à Lucile et que c'est elle qui [leur] dit « Allez dans la salle » et que la salle ne leur plaît pas, ils ne nous en veulent pas.

CP : D'accord. Donc ça c'est une crainte que vous avez, qu'on vous reproche de les avoir envoyés dans un endroit qui ne serait pas correct.

M1, 2, 3, 4 : Oui. **M3** : Il y a ça, il y a le prix aussi. La première séance est gratuite, mais après ? **M2** : On n'en sait rien.

M1 : On n'en sait rien combien ça coûte.

CP : Ça c'est quelque chose, pareil, c'est un frein, vous ne savez pas répondre combien ça va vous coûter.

M4 : Moi je trouve que ceux qui sont motivés, soit ils font leur vélo chez eux...

M2 : Ils font déjà, on leur demande de faire un petit peu plus, pourquoi pas.

M4 : Ils font déjà, ils connaissent pas mal. Alors ceux qui sont motivés mais qui ne connaissent aucune salle de sport, il n'y en a pas tant que cela en fait. Ce n'est jamais tout blanc ou tout noir, comme ça. Donc ceux qui connaissent un peu, en général, ils font déjà, donc ils sont plutôt dans le parcours 1. Après, ceux à qui on va dire « Oui mais bon, il y a un petit handicap, allez, tenez, allez par là, vous allez discuter, voir un peu ». Non, ça c'est... voilà. Je ne connais pas assez tout ça. **M1** : Moi je n'en ai pas eu du groupe 2, je n'en ai eu aucun du groupe 2. **M4** : Je ne connais pas assez tout ça, et je n'ai pas envie de connaître.

CP : Donc vous attendez plus, je crois, de l'interface.

M4 : Voilà, ou ils viennent tous au tai-chi avec moi.

M1 : Oui ! Pareil.

(Autres : rires)

M1 : Oui, bon, après c'est vrai que le groupe 1, on peut leur conseiller d'aller à la piscine, il y a pas mal de trucs, et sinon effectivement ils ont besoin de l'interface.

CP : Vous avez évoqué le coût, effectivement, c'est une question que le patient vous pose. Est-ce que vous avez des idées sur les prises en charge qui pourraient être possibles, qu'est-ce que vous en pensez ?

M1 : Des prises en charge de quoi ? **CP** : Je ne sais pas, je vous demande si vous pensez que ça pourrait être pris en charge... **M1** : Eh bien non.

M4 : Sauf, les seuls, c'est pour... **M2** : Les coachs ? **M4** : Non non, c'est pour ceux qui sont hyper endettés ou socialement très défavorisés, ou... **M3** : Non mais une séance offerte, je trouve que ce n'est pas beaucoup, on ne sait pas pourquoi ça marcherait...

M1 : Ils peuvent marcher, c'est gratuit.

CP : Un espère ce quotient familial qui fixerait les participations ?

M4 : Non, pas forcément. Moi j'ai un patient par exemple, qui est à la commission de surendettement, ce n'est pas que pour ça qu'il ne bouge pas, il y a aussi tout le côté social, relationnel, qui est difficile, mais il n'a pas les moyens délirants d'aller dans une salle quelconque. **M2** : Oui mais il va promener ton chien... **M4** : Oui, voilà, il marche ! Mais le réseau social n'y est pas. **M3** : Oui, et en plus quand ils sont avec les autres, quand ils sont trop gros, machin, c'est une honte pour certaines personnes. **M4** : Oui mais là peut-être qu'ils se rendent compte qu'ils ne sont pas les seuls. **M3** : Oui, bon, je ne sais pas...

CP : Là, autour de la table, vous n'êtes pas tellement pour une prise en charge par des mutuelles, des caisses.

M1 : Ah, ben si ! Je n'avais pas compris la question. **CP** : Eh bien par qui, alors ? *(rires)* **M1** : Non non, je n'avais pas

compris la question. **CP** : Ben quand vous dites qu'il faudrait qu'il y ait des tarifs...

M4 : Moi, non. Uniquement, voilà, chez des gens qui sont vraiment très défavorisés.

CP : Donc vous votre réponse c'est non, c'est-à-dire vous n'êtes pas bien d'accord, sauf pour les personnes très défavorisées. **M4** : Non, les gens font tellement de choses payantes à côté de cela. Ils ont qu'à ne plus aller au Mac Do... *(sourire)*, je n'en sais rien, mais...

CP : D'accord. **M1** : Ah oui ! D'accord, oui, oui. **M3** :

Non, mais le prix c'est important quand même.

M4 : Oui, oui. **CP** : Vous n'êtes pas obligés d'être tous d'accord, au contraire. **M1** : Pour certains, oui, cela peut être intéressant. Ils iraient. Mais d'autres... **M4** : Ce qui serait bien, c'est peut-être plus qu'il y ait des financements à ces associations pour qu'ils fassent des prix moins chers.

CP : En fonction des personnes. **M4** : En fonction de ce qu'ils veulent. Mais que ce ne soit pas... **M1** : Que ce ne soit pas directement aux personnes, aux patients. Je comprends ce que tu veux dire. **M4** : Oui, voilà. *(avec un air dédaigneux)* « Remboursé par la sécurité sociale »...

M1 : Ils abusent déjà. Tout leur est tellement dû, il y en a beaucoup tout leur est tellement dû. Ils vont arriver dans les salles de sport « Ah bien mon médecin m'a prescrit ça, allez, vous devez me faire maigrir ».

M4 : Avec un bon de transport remboursé pour aller jusqu'au gymnase. **M1** : Avec un bon de transport pour aller jusqu'au gymnase... Donc voilà, on risque de tomber dans ce piège-là. Je ne dis pas pour tous, mais on risque. **CP** : Donc en fait, si on devait aider, par le biais des aides aux associations.

M2 : Ben peut-être la conseillère, Lucile Peynot. Peut-être que son intervention une fois pourrait être prise en charge, pourquoi pas. Parce que les gens quand on leur dit « Ben vous contactez... », la première question c'est « Mais combien ça va nous coûter ? ».

M1 : Ah oui, la conseillère en sport. **M4** : Et la réponse, c'est quoi ? **M1**

: C'est : « Pas les séances, mais celle qui conseille en sport ». **M2** : Lucile, Lucile, qui est partie, là. **M3** : Celle qui fait le parcours 3, alors ? Pour le moment il n'y a qu'elle.

M1 : Oui mais le parcours 3 normalement il n'est pas payant pour le moment, le parcours 3. Mais après, s'il n'y a que deux groupes, ça va commencer à faire beaucoup. **M2** : La rencontrer une fois, ça pourrait être effectivement dédommagé. **M4** : Parce que c'est payant ?

M1 : Non, non, ce n'est pas payant. Mais il y en a qui sont payants.

M2 : Mais qui c'est qui la paie, elle [Lucile Peynot] ? **M1** : Ben c'est nous !

CP : Carine va nous donner la réponse.

CR : Elle est stagiaire en APA, donc en fait elle est en stage de master 2, elle est embauchée par le CDOS.

M2 : D'accord.

CR : Elle est là temporairement, effectivement le problème est qu'elle n'a pas de poste pérenne. Donc l'idée c'est de voir s'ils ne peuvent pas créer un poste, mais pour cela... **M3** : On ne peut pas transférer tous les deux [parcours] à elle.

CP : Donc justement on est là aussi pour vous écouter. Parce que justement dans le cadre d'une généralisation de cette prescription d'activité physique à la Savoie, vous êtes les médecins pilotes, donc ce qui vous a posé souci on peut supposer que ça va poser souci aux autres médecins. Donc si le comité de pilotage et les personnes responsables de ce projet veulent qu'il réussisse, ils veulent

bien écouter vos remarques, c'est aussi quelque chose qui pourra être porté auprès des financeurs et des pouvoirs publics éventuellement. Donc c'est pour cela qu'on recueille vos avis, cela ne veut pas dire qu'ils seront écoutés.

M1 : Parce que Lucile elle a fait STAPS, elle est sport ?

CR : Oui, oui.

CP : Donc vous voyez plutôt l'aide auprès des patients soit par l'aide aux associations pour que les tarifs soient peut-être moins chers, ou par la création de postes d'entretien avec des personnes comme Lucile.

M1 : Oui.

M4 : Ça coûte cher, je trouve.

CP : Oui, on pense aussi la même chose. Je suis installée dans une zone pas très favorisée à Villeurbanne, les patients ne vont pas à la piscine.

M1 : Oui, mais bouger cela ne coûte rien. **M2** : Oui, c'est cela. **M1** : Bouger, cela ne coûte rien, rien du tout. **M2** : Marcher, marcher...

M1 : On descend les escaliers à pied, on va à pied à l'arrêt de bus. Bouger cela ne coûte rien, c'est ça aussi.

CP : Donc tout à l'heure on a aussi entendu, je vais reformuler, vous avez parlé de la CPAM, qu'est-ce que vous pensez d'un codage spécifique à cette consultation de prescription ?

M1, 2, 3, 4 : Bof... **M4** : Un codage de plus dont je ne me servirai pas... **M1** : Oui, moi aussi je ne m'en sers pas. **M2** : Cela fait partie de la consultation.

CP : Est-ce que ça vous aiderait d'avoir une consultation dédiée, ou une consultation suivie ? Enfin je ne sais pas, moi, je lance des trucs après c'est à vous de voir.

M4 : Quand on voit déjà les consultations dédiées, pour ce qui est de la mammographie, non je parlerais plutôt de l'hémoccult, en général l'hémoccult il arrive après que j'ai déjà trois sujets d'intervention sur ma consultation, et c'est le quatrième, et en théorie il ne doit venir que pour ça le patient. **CP** : La question, est-ce que ça serait un outil, quelque chose qui vous aiderait à mieux vous investir auprès du patient dans cette prescription d'activité physique ? **M4** : Si c'était coté plus cher qu'une consultation ? **CP** : S'il y avait un plus cumulable comme un frottis. **M1** : Il faudrait que ce soit cumulable ! Cela m'étonnerait que ce soit cumulable. Sinon c'est vrai que ça ne va pas, parce qu'ils viennent toujours pour autre chose. Autrement « bon bien vous reviendrez dans huit jours, on parlera du sport »... on ne peut pas !

CP : Oui, ben c'est le principe en médecine générale, vous avez 2.4 motifs de consultation par consultation ! et cela ne descendra pas en-dessous, au contraire. **M1** : On ne pourra jamais. Il ne faut pas rêver. On peut toujours le demander quand même !

M4 : Ou alors un bon comme pour la vaccination, ils reçoivent par la sécurité sociale : Bon pour aller faire une consultation sur « Bougez-vous, sport », et puis voilà ! On tamponne, et ils nous versent [une indemnité].

M1 : Ah oui, comme les hémoccult. **CP** : Voilà ! Une gratification comme les hémoccult ! **M1** : Oui, une gratification tamponnée, oui. **M4** : Le bon annuel [de Bougez-vous]... je ne sais pas. **M1** : Avoir un bon tous les deux ans...

CP : Donc cela voudrait dire, si on prend l'exemple de l'hémoccult en médecine générale, que la Sécu, la CPAM pardon, comptabiliserait vos activités de prescription [d'activité physique] sur ordonnance, comme elle le fait avec les hémoccult, et vous gratifierait. **M1** : Pourquoi pas, oui, cela peut être pas mal.

M4 : On est gratifié pour les hémoccult ? **M1** : Oui oui, on est gratifié. **CP** : Grassement, oui, 0.30 centimes par hémoccult ! (*rires*)

M2 : Au départ, pour ces hémoccult, je n'ai rien eu. Alors j'ai dit « comment cela se fait ? » **M1** : Il faut en faire au moins 50. **M2** : Voilà, voilà. « Vous en avez fait 42, vous n'avez pas fait 50. » « Bon bien maintenant, vous savez quoi, je n'en fais plus, je ne veux plus faire ça, et voilà. » **CP** : En fait c'est pour récompenser la tenue du carnet. **M2** : Et voilà, et voilà. Donc on va repartir sur le sport dans le même tracé, moi pas.

M4 : Mais on fait de la médecine générale, donc en fait on en fait [du dépistage].

CP : Et en terme de formation, vous pensez qu'il vous faudrait plus de formation, vous estimez que vous êtes suffisamment formés avec les réunions d'information que vous avez eues ? **M1** : Oui (*petite voix*).

M4 : Ben même sans ! (*Tous : rires*) **CP** : Ben je suis ravie de vous l'entendre dire ! Carine, c'est quelque chose que je n'aime pas, ça, que vous demandiez aux médecins s'ils sont assez formés ! (*rires*) Parce que tous les travaux sur les médecins se concluent par : il faudrait qu'ils se forment !

M1 : Ah bon ? On n'est pas si formés ?

M4 : Pour ça, on est assez formés je pense. Pour comprendre tout ça, mais voilà, on y arrive !

M3 : On parle de formation, c'est fou qu'il y a des difficultés à faire, c'est quand même simple ! Formation dans la compréhension ou dans la formation... ? **CP** : Dans la nécessité de faire une activité physique, dans les conseils d'orientation... **M1, 3, 4** : Non, non.

M3 : On est convaincus, je crois. **M4** : Je crois que ça fait partie de notre travail habituel. **CP** : Pour faire des réseaux comme il y a des réseaux pour le diabète l'obésité... **M4** : Non, non.

CP : Non. Vous n'êtes pas très d'accord.

M1 : Non.

CP : Mais au moins on sait. Et la collaboration avec d'autres professionnels, d'autres médecins ? Vous pensez qu'il faudrait impliquer d'autres médecins ?

M1 : Qui ça, les médecins du travail par exemple ? C'est une idée aussi, les médecins du travail, ils pourraient peut-être faire remplir le test en disant « Eh bien voilà, allez chez votre médecin traitant, vous voyez, vous avez 15 ».

CP : Pourquoi pas, que le médecin du travail fasse remplir le test. **M3** : Tous les spécialistes qui sont concernés, ça fait beaucoup ! Les cardiologues, ... **M4** : Les pharmaciens, je suis sûre qu'ils feraient ça très bien. **M3** : Les cardios, les pneumos...

M1 : Les pharmaciens. **CP** : Oui, alors on pourrait penser les endocs, les cardios... **M3** : Les endocrinos, les cardios ...

CP : Ca fait pas mal de médecins !

M1 : Les pharmaciens ! Des affiches chez les pharmaciens avec des petits trucs [les tests de Ricci et Gagnon]. Ils demandent au pharmacien, en disant « Ben voilà, j'ai fait le test, qu'est-ce que j'en fais ? » « Eh bien allez voir votre médecin traitant ». Les pharmaciens sont déjà de très bon conseil.

M3 : Ils sont déjà branchés sur les conseils, ils sont payés pour ça, les pharmaciens.

M2 : Et à la fin d'une cure, à Aix-les-Bains, ils font la cure puis ils rentrent chez eux puis ils s'allongent...

M4 : pendant trois semaines... (*Autres : rires*)

CP : On peut impliquer le médecin thermal ?

M1 : Moi j'ai envoyé dernièrement des patients à Brides-les-Bains, et bien c'est super, ça bouge pas mal. Ils sont sortis avec des programmes à faire, c'est super bien. Pas à Brides-les-Bains. **M2** : D'accord.

M1 : Aix-les-Bains, pas trop, effectivement, ils sortent ils n'ont pas grand-chose. **M3** : Ils ont quand même des programmes qui sont payants, les fibromyalgies, tout ça. **M1** : Oui mais après leur cure de vingt jours ils n'ont pas... [de programme à poursuivre]. **M3** : Ah oui ! Car ce sont des gens qui sont...

M1 : Moi, les deux patientes, elles ont des régimes à suivre, des activités physiques et tout, c'est très bien fait. (*petite voix*) Je vous dis, Brides-les-Bains... je fais de la pub. **M3** : Bon bien là-bas c'était déjà connu, c'était déjà connu...

M1 : Oui mais je n'avais pas eu trop de retours. C'est récent, ce n'est que depuis cette année. **CP** : Donc impliquer aussi les médecins thermaux de la région, pour qu'ils encouragent les médecins. **M4** : Les cabinets d'infirmières, les médecins ...

M3 : Lors des visites puisqu'il y a trois visites.

CP : Tous les professionnels autour du patient.

M2 : Et les labos ? **M1** :

Pour un sponsor... ?

(*Autres : rires*)

M2 : Non, les laboratoires d'analyses médicales.

M1 : Ah ! D'accord.

M2 : Quand ils donnent une analyse, trop de cholestérol, trop de sucre, ... Je ne sais pas. Mais ce n'est pas le médecin qui donne les résultats.

M1 : Oui, ce n'est pas trop...

CP : Qu'est-ce que vous pensez du certificat de non contre-indication au sport ? Est-ce que c'est un frein ?

M4 : Un frein à quoi ? **CP** : Ben à l'activité physique. **M2** : Non, parce que ça se fait en plus de la consultation, ça ne se fait pas que pour ça. **M1** : Non, pourquoi ?

CP : Je ne sais pas... **M1** : Non, mais des fois on se demande pourquoi ils le demandent. Ce n'est même pas du sport ; la sophrologie... On ne sait pas pourquoi. (*rires*) **M3** : C'est pour se protéger. S'il y a quelque chose qui se passe... **M4** : Moi ce que j'en pense, c'est que c'est souvent quand même l'occasion de voir des gens, les plus jeunes, ceux qui ne sont pas malades. C'est quelquefois un peu trop banalisé justement parce qu'on demande des certificats à tour de bras, et quelquefois tous les trois mois. Et du coup il y a des gens qui arrivent en disant « Vous pouvez faire signer ça au Docteur Machin », mon certificat annuel. Il y en a même un une fois qui passait par-dessus le comptoir pour prendre un tampon, tamponner ce truc et demander la signature à la secrétaire éventuellement. Donc il y a quelquefois des banalisations du certificat médical qui me font peur. Donc je pense que c'est utile dans beaucoup de cas quand même, et qu'on ne devrait pas forcément être obligés d'en fournir un de moins de trois mois.

M3 : Ah c'est un an maintenant. C'est un an, trois mois c'est pour ceux qui font du sport, des marathons etc, sinon c'est un an. Par contre c'est vrai que les patients ont vraiment la bonne idée de tout vouloir. « Tiens, vous ne pourriez pas me faire ça ? » Ils attendent la fin de la consultation pour faire demander, parce que pour eux c'est eux que ça embête, c'est pas nous. Donc ils font signer comme ça, à la va-vite.

M1 : Oui.

M4 : Pour beaucoup, un certificat d'aptitude au sport, c'est juste un papier à signer. Ce n'est pas comme nous.

M1 : Oui, effectivement. Moi je ne le banalise pas.

CP : D'accord. Mais par rapport aux patients, est-ce que ça pourrait les empêcher de faire une activité, le fait d'avoir une consultation, quelque chose comme ça ?

M4 : Non, en général non. **CP** : A part ceux qui ne bougent pas. Je ne parle pas de ceux qui vous en demandent déjà, finalement, puisque là c'est qu'ils font une activité... **M4** : Il n'y a que le certificat de contre-indication qui les empêcherait de bouger ? **CP** : Non, mais ceux qui ne bougent pas et que vous voudriez faire bouger. Et si on leur demande un certificat, est-ce que ça va les freiner ? **M4** : Est-ce que ça va les freiner encore, là c'est clair, d'accord. Est-ce que ça va les freiner ? **CP** : Vous n'avez pas de soucis par rapport à ça ?

M3 : Parce que vous voudriez qu'on fasse un certificat de non contre-indication à bouger ? **CP**

: Il est possible qu'en allant dans certaines salles de sport, les associations les demandent. **M3**

: Ah oui, d'accord.

M4 : Oui oui, c'était libellé quelque part. **M3** : J'ai mal lu, alors.

M1 : Oui oui oui ! Moi je ne pense pas que ce soit un frein. **M2**

: Ce n'est pas toujours justifié aux yeux de la loi, d'ailleurs.

M4 : Moi je mets souvent une petite phrase du genre « en respectant l'adaptation à l'effort », « en s'arrêtant avant l'apparition de la douleur »...

CP : Est-ce que vous pensez que cette prescription d'activité physique, si on la généralisait dans la Savoie, elle pourrait être faite par d'autres personnes que des médecins ? **M4** : Prescription de bouger ?

CP : C'est-à-dire quand vous... Oui voilà, bouger. Si vous envoyez un patient vers une personne qui s'est spécialisée...

M1 : Peut-être un kiné ?

M4 : Vers un kiné ? **CP** :

Oui, voilà.

M1 : Après les soins de kiné il va mieux, et effectivement, une prescription, pourquoi pas, oui ! Ce serait pas mal. **CP** : Prescription d'un programme, quelque chose comme ça, ça vous paraît être pas mal ?

M3 : Vous parlez de prescription, mais est-ce que c'est le mot, prescription ? Parce que la prescription souvent ça m'a gênée justement quand j'avais prescrit. Parce que je me disais : Mais c'est une prescription de quoi ? « Bouger », donc c'est pas...

M4 : C'est un conseil plutôt. **M3** : Oui, voilà. La prescription c'est un terme un peu fort. C'est bizarre d'écrire ça. **M4** : Oui.

M3 : Mais pourquoi l'appelle-t-on une prescription ? C'est un conseil. Un conseil, tout le monde peut le donner. Même sa voisine, des fois, « Allez, on va ensemble, on va bouger », vous voyez, donc...

M2 : Ah oui, moi j'insiste pour qu'ils fassent à plusieurs. Ils font mieux à plusieurs.

M3 : Ce conseil ici n'est pas réservé aux médecins. Cela donne un peu plus de poids car on est médecin, mais sinon. Des fois, les gens entre eux ils s'entraident. Le mot prescription est un peu fort concrètement.

CP : A votre avis, vous trouvez que le mot prescription est un peu fort.

M3 : C'est pour ça que moi je réalise vraiment en disant ça, qu'aujourd'hui, la prescription, qu'est-ce que je fais ? **CP** : Vous prescrivez pourtant. **M1** : Non, moi je trouve que l'impact, au contraire, il est fort ! Mais c'est parce que c'est fort ! C'est parce que ça donne de l'importance à la prescription.

M3 : Oui mais la question était : Est-ce qu'on la réserve aux médecins ? La prescription est-elle médicale ou doit-elle être essayée partout au contraire ? **M1** : Ah oui ! Non non, moi je ne suis pas pour la réserver aux médecins.

M3 : Regardez, même les magazines... les femmes arrivent des fois avec leur magazine... un peu moins, maintenant. Au début d'internet « J'ai vu ça sur internet, docteur », etc, maintenant moins. Il faut voir que pour les gens, un magazine est plus important que nous ! « Je l'ai vu dans Prima, je l'ai vu dans ci, dans ça », donc ça c'est intéressant. **M1** : Dans les pubs on pourrait le voir : « Bouger 30 minutes ». **M3** : Comme on fait cinq repas par jour, je l'ai entendu à la radio, cinq repas, « cinq fruits et légumes par jour ». Il faut que ça s'essaime partout !

M1 : Oui, néanmoins si elles ont lu mais que toi en tant que médecin tu leur dis « Ben il faut faire ça », ben tu vois, ça rajoute... **M3** : Ça en rajoute une couche, c'est vrai. Mais il y a quand même les magazines. **M1** : Oui, oui, oui, c'est vrai que ce n'est pas exclusif.

M3 : Ça ne doit pas rester exclusif. **M1** : Ça ne doit pas rester exclusif, en revanche, il ne faut peut-être pas que... **CP** : L'idée de prescription, je crois que c'est ce qui a été retenu, c'est que c'est quand même médical ou paramédical, et que c'est, comme vous l'avez dit tout à l'heure, au même type qu'on pourrait prescrire aussi d'arrêter de fumer, prescrire de boire moins l'alcool, comme ça c'est fait. Rappelez-vous, vous qui êtes de ma génération, les conseils diététiques on les écrivait sur la première ligne de l'ordonnance « Il est recommandé de sortir, de s'aérer, de ne pas fumer ». Moi j'écrivais ça au début, nos maîtres, à la fac, ils nous faisaient apprendre ça. Et puis ça a un petit peu disparu. Je crois que le terme de prescription, c'est aussi pour s'approprier ça en tant que médecin. Mais ! Après, comment on le délègue au kiné,... ? Vous savez, avec ces délégations de tâches qui sont dans l'air du temps pour pallier à la carence de la démographie médicale, et qui fâchent parfois les médecins. **M4** : Pour pallier au pas, je ne pense pas qu'on soit détenteurs du conseil de bonne santé. **M3** : Vous avez raison, si... Je vous coupe : vous avez raison... Excusez-moi, je vous coupe : vous avez raison...

CP : Voilà. Ce que je voulais vous faire un peu verbaliser, prescription et conseil, vous l'avez dit, le conseil, la concierge, la coiffeuse !

M3 : Oui. Mais la prescription, vous avez raison. Quand on démarre pour une première fois, peut-être que le patient vienne voir, et que : « Attention, vous avez de la tension, vous avez ci, vous avez ça... » Prescription-détection pour ne pas lui faire faire des choses alors qu'il a peut-être des antécédents. Mais après, après, ben après, ce n'est plus nous, franchement. Le médecin est là pour détecter les antécédents qui pourraient être un frein s'il est trop motivé. Parce que des fois, quand ils viennent, ils veulent tout faire ! Donc oui, ça, mais après, franchement, il faut que ça parte partout.

CP : Que ça parte partout ? **M3** : Ben partout, par tout le monde, par la publicité, j'allais dire... (rires)

CP : Qu'il y ait du relai, en tout cas de tous professionnels de santé, c'est ça ce que vous voulez dire ?

M3 : Oui, et même les magazines (pourquoi je dis ça moi, les magazines ?), franchement ... **M1** : La télévision !

M3 : La télé, pourquoi pas. « Bougez-vous, la vie ! » **CP** : Oui, voilà. « Bougez-vous » au même titre que, ben, « Manger bouger », ça existe ! **M1** : Oui, « Manger bouger ». Oui, « Manger bouger ». **CP** : Au même titre que « Cinq fruits et légumes par jour ».

M3 : Oui, moi je trouve ça... (*non audible*).

CP : Car vous savez quand même que quand ils font de la pub pour Coca, Banga ou je ne sais plus quel chocolat, quand dessous ils écrivent « Mangez cinq fruits et légumes par jour », les personnes interrogées ont dit que c'était des légumes qu'ils étaient en train de boire...

(*Autres : rires*)

M3 : Alors là, peut-être pas, c'est du détournement, il faut être vigilant, ça c'est sûr, ça c'est sûr.

CP : C'est ce qui se passe dans l'esprit des gens. Voilà. Est-ce que vous avez des remarques, des suggestions par rapport à une éventuelle généralisation de prescription d'activité physique ? Moi j'utilise le terme, parce que c'est vraiment le terme qui est utilisé dans le programme. (*rires*) **M4** : Oui oui, c'est « sur prescription ».

CP : (*rires*) Voilà.

M4 : Je ne sais pas, on en a fait plein, des remarques.

CP : Oui, mais encore supplémentaires, des choses qui n'auraient pas été dites ? Moi je trouve que vraiment vous avez bien participé.

M4 : Après, on peut mettre les programmes scolaires, on peut mettre les infirmières scolaires, de l'éducation, pourquoi pas ?

CP : D'accord. Donc vous pensez vraiment que si on intervient précocement pour faire bouger les gens, avec les partenaires de la médecine scolaire et du Conseil général de la PMI, on sera encore plus efficace. **M2** : Moi j'ai un exemple d'une petite fille que sa maman amène chez le pédiatre à Aix-les-Bains. Le pédiatre lui dit : « Mais elle a quel âge, votre fille ?

- Ben elle a deux ans.

- Mais est-ce qu'elle marche ?

- Oui oui, elle marche.

- Moi pourquoi vous l'emmenez en poussette ? Il faut l'amener à pied ! Il faut qu'elle marche ! » Et la maman m'a répété ça, d'un air de dire « Mais il a raison, je l'emmène toujours en poussette ».

D'un air de dire : « Mais puisqu'elle marche, il faut qu'elle marche ». C'était intéressant ! Eh alors, une maman obèse, hein, quand même, avec une petite fille dans la poussette, comme une petite reine, que maman poussait. « Eh bien alors, elle ne marche pas à deux ans ? C'est quoi cette histoire ? » Ça l'a choquée, la maman.

M4 : « Allez, asseyez-vous dans la poussette, il faut trop marcher ! » (*gestes de pousser la poussette, rires*) **M2** : Et puis elle ne prend plus la poussette, la maman. Donc c'était bien, cette réflexion ! Je suppose qu'il la fait en systématique.

CP : Oui oui, je pense que c'est systématique. **M4** : Et la maman, elle a mal au dos maintenant. **M1** : Et le pédiatre il a vu la mère qui est en excès de poids... **M2** : La maman est forte, et la petite qui se fait pousser « Mais qu'est-ce que cette histoire ? » Donc elle marche ! C'était bien. (*silence*) Donc ce n'était pas sur prescription, ça, c'était.

(*Autres : rires*) **CP** : Quand même, prescription de marcher, faire marcher un peu quand même. **M2** : Ce n'est pas marqué.

CP : Oui voilà. C'est le rôle quand même...

M2 : Ce n'est pas marqué « Abandonner la poussette ».

CP : La parole du médecin, dans les études actuelles que l'on peut faire, c'est encore la parole du médecin le plus proche du patient, elle est encore celle qui a le plus de poids, avant internet et avant les journaux. Les patients font confiance à leur médecin.

M3 : C'est bien pour cela que quand on a dit que [c'est difficile d'orienter vers] une salle de sport qu'on ne connaît pas.

CP : Oui, on a noté que ça fait partie des freins. **M3** :

Parce qu'ils nous font confiance... et puis voilà. **CR** :

Si je peux finir avec deux ou trois questions... **CP** :

Oui, oui, Carine ?

CR : Je vais reprendre quelques questions. Notamment pour évaluer la motivation des patients, est-ce que vous avez des difficultés de ce côté-là ? Vous savez, il y a des patients qui sont complètement fermés à l'activité physique. A cela, généralement on dit qu'il ne faut pas prescrire parce que sinon on a tendance finalement à renforcer l'opposition du patient. Est-ce que vous arrivez bien à discerner ces patients ? Comment vous faites ? Vous leur posez la question ? En pratique, est-ce que vous connaissez par exemple le cycle de Prochaska, des choses comme ça ? On se posait la question si vous utilisez ce genre d'outils.

M2 : Non. **M1** : Moi non plus. Rien du tout. **M4** : Même pas comment que « cha ch'écrit ».

(*avec un accent étranger peu compréhensible*) (*Autres : rires*)

M1 : Je ne l'ai jamais entendu. (*avec ce même accent étranger*)

M4 : Si, je l'ai vu. (*montre la pochette*)

(*M1 : rires*)

CR : En gros, quand vous sentez qu'il y a un patient qui est complètement opposé, quand vous le ressentez, à ce moment-là, vous n'entrez pas trop dans la discussion ? Comment vous faites ? **M2** : Ceux qui sont contre ?

CR : Oui. **M2** : Je leur dis : « Achetez le pain, achetez le pain à pied déjà ». **M4** : Si, il y en a qui sont catégoriques.

M1 : Moi souvent je tourne mes phrases. Je ne dis pas « Vous » ou « Vous devrez » mais « Qu'est-ce que vous pensez de peut-être faire du sport, faire une activité physique ? », voilà. Je le renvoie un peu à lui-même, puis j'attends les réponses qu'il me donne. **M4** : « Oh bien je n'ai pas le temps ». (*sur un ton sec*)

M1 : (*rires*) Voilà. **M2** : « Je n'ai pas le temps, je n'aime pas l'eau... » **M1** : « Je n'ai pas le temps, je n'aime pas l'eau... » **M2** : « Le vélo c'est dangereux... »

M1 : « Est-ce que vous auriez le temps, qu'est-ce que vous en pensez de faire du vélo ? Est-ce que vous auriez des amis qui vous prêteraient un vélo d'appartement ? Est-ce que vous pensez que vous pouvez ne pas prendre votre voiture, ... ? » Toujours ne pas être trop directif, sauf certains patients,

il y en a, plus avec les femmes, qui ont besoin d'être un peu plus cadrés, qu'on soit un peu plus... surtout pour les perturbateurs, les personnes qui viennent...

CR : D'accord. On parlait du certificat de non contre-indication sportive : et notamment si (par exemple on a dit que) le kiné pourrait éventuellement prescrire, effectivement c'est une idée dont on parle beaucoup au sein du comité de pilotage. Dans ce cas-là, l'idée c'était éventuellement que les kinés vous renvoient les patients, simplement à cause de cette responsabilité de signer le certificat de non contre-indication sportive. Est-ce que vous envisageriez que les patients soient finalement détectés par le kiné, par des pharmaciens, par des paramédicaux, et que du coup tous ces paramédicaux vous renvoient le patient, pour à ce moment-là faire un bilan, ... ?

M1 : On a l'habitude ! Quand ils veulent des certificats, ils viennent bien chez le médecin, on a déjà l'habitude, ce n'est pas gênant !

M3 : Mais détectés... Parce que le kiné a une liste « Est-ce que vous avez de l'hypertension, est-ce que vous avez ci, vous avez ça ... ? » Ah ben ça, c'est à détecter ? Comment... **CR** : Pas nécessairement ! Disons qu'un kiné...

M3 : Ça veut dire quoi, « détecter » ? **CR** : Non, un kiné qui détecte une personne inactive. **M3** : Ah, pardon. L'inactivité.

CR : Le kiné peut détecter le patient inactif physique mais il n'a pas la responsabilité de pouvoir faire ce certificat. Donc en fait l'idée c'était : Est-ce qu'on peut ramener tous ces patients-là vers vous pour prescrire ce certificat ?

Tous : Oui ! **M2** : Il n'y a pas de problème. **M3** : Ça paraît plutôt logique. C'est ce qui se passe en général.

M1 : Oui, c'est ce qui se passe en général, oui ! Le club de gym leur dit qu'il faut un certificat, et ils viennent bien ! **CR** : Autrement, il y a beaucoup de patients qui ont refusé l'expérience ? Par rapport aux patients à qui vous avez parlé de l'expérience, vous pouvez dire qu'il y a par exemple la moitié des patients qui ont refusé ?

M1 : Ah, moi je ne peux pas dire un pourcentage.

CR : Grosso modo...

M4 : Deux sur six.

CR : Deux sur six.

M3 (regardant M4) : Ils n'ont pas voulu remplir le truc ?

M1 : Mais moi je n'ai pas en tête. J'en ai quelques-uns qui ont refusé, et à partir de ce moment-là j'ai arrêté.

CR : D'accord. **M1** : J'ai arrêté, je me suis dit « J'attends de voir la réunion, si en plus il y a eu... », voilà. **M2** : Il me semble qu'ils ont dit « Moi je fais déjà, je fais déjà, voilà, je fais déjà, de toute façon je ne peux pas bouger plus ».

M1 : Moi c'est plus le fait de participer à l'étude qu'ils refusaient.

M4 : Oui, c'est ça !

M1 : Voilà. Pas le fait de faire de l'activité physique, au contraire, parce que tout avait été discuté, tout avait été vu. Mais c'est le fait de participer à l'étude qui a été refusé. (*silence*) Bon, après, j'ai choisi aussi ceux...

M4 : Moi j'en ai refusé trois dans ma tête.

M1 : Il y en a, sûrement... **M2** : On les choisit aussi.

M1 : Oui, moi je les ai choisis aussi. Il y en a, je me suis dit « Ouh là là, eux, ils ne voudront pas se bouger, ce n'est même pas la peine, ce n'est même pas la peine que je leur parle de l'étude, j'ai fait quand même le test ».

M2 : Oui, on ne peut pas faire ça avec tout le monde. Il y a des gens...

(*Tous : rires*)

M4 : Oui, mais moi ce n'était pas sur le fait « Oh non, celui-là, il ne va pas se bouger », mais « Oh non, celui-là il ne va jamais vouloir... »

M2 : « ...revenir dans l'étude ». **M1** : Ah d'accord. Oui oui. **M4** : « Je ne veux pas discuter de ça avec lui ».

M1 : Voilà. Moi quand j'ai vu qu'il y en avait qui refusaient [l'étude], j'ai stoppé, j'ai dit « J'arrête, j'attends avant d'avancer un petit peu plus ». **CR** : D'accord. Bon ! **CP** : Eh bien super. Eh bien il nous reste à vous remercier d'avoir participé. **M1** : Merci.

CP : Je pense que vous serez intéressés par la synthèse du travail de thèse de Carine, elle vous contactera.

Focus-group 2 du 19/03/2014

Légende CP = Corinne

Perdrix CR = Carine

Reinert

M6, M7, M8, M9 = médecins numérotés (quatre présents)

CP : Le but, si vous êtes d'accord (parce que si vous n'êtes pas d'accord, tout s'arrête), on va enregistrer tout ce qui se dit, et puis un peu avec la caméra, parce que ça permet de capter parfois, enfin un double enregistrement, le téléphone et l'ordi, pour pouvoir bien capter. C'est un groupe de discussion très libre, tout peut se dire dans le respect évidemment de la politesse habituelle et de la bienveillance habituelle. Si vous n'êtes pas contents, si vous êtes très contents, si vous avez des choses qui vous embêtent, ... on n'est pas là du tout pour être dans le jugement. Et quand Carine aura terminé son travail, elle va tout transcrire et tout coder, eh bien l'enregistrement bien évidemment sera détruit et tout sera anonyme. On recueille votre consentement pour faire ceci.

M7 : On n'a pas droit à une copie du film ? (*rires*)

CP : Alors si vous voulez, pourquoi pas, vous avez droit évidemment aux résultats de la thèse, et dans les résultats de la thèse vous aurez la transcription intégrale de tout ce qui aura été dit. Et d'ailleurs, Carine, on fera peut-être relire, pour validité scientifique, pour ceux qui en auront le temps et qui en auront envie, on vous fera même relire les transcriptions pour que vous validiez bien que c'est bien ce que vous vouliez dire.

M7 : Oula... **CP** : Ce n'est pas obligatoire, c'est pour ceux qui le souhaitent. **M9** : On vous fait confiance.

CP : C'est pour ceux qui le souhaitent. Donc on va donc échanger ensemble, donc, pour identifier et partager vos difficultés de prescription d'activité physique sur ordonnance. Et grâce à ce rapport d'évaluation et la thèse de Carine, on va, vous pourrez, avec votre comité de pilotage, continuer à améliorer le programme, en particulier à aider à sa généralisation, j'ai entendu, sur la Savoie et sur Rhône-Alpes (...). Donc en fait on va essayer de structurer la discussion. Je vais vous poser des questions très ouvertes. Il faudra donc (j'ai oublié de donner les consignes) essayer de ne pas parler tous en même temps, et peut-être que vous commencez, pour qu'en enregistrant Carine puisse identifier vos voix pour la transcription, que vous vous présentiez (même si vous vous connaissez), vous dites votre nom et votre mode d'exercice. Une présentation, surtout pour identifier vos voix. Vous n'êtes pas très nombreux donc ce ne sera pas très compliqué. Donc je ne sais pas, qui est-ce qui veut commencer ?

M6 : On a lancé ça il y a deux ans et demi. En tant qu'ostéopathe, je suis particulièrement intéressé par le mouvement, et lancer..., et c'est la vie. Donc on a lancé ce projet. **CP** : D'accord. Donc vous êtes généraliste ? **M6** : J'ai un statut de généraliste mais je suis surtout médecin ostéo. **CP** : Vous faites surtout de l'ostéo.

M6 : Oui, je ne fais pas de médecine générale.

CP : D'accord, OK.

M7 : Je suis généraliste aussi, sur les Hauts de Chambéry. Et j'ai une voix qui est facilement reconnaissable.

(*Tous : rires*)

CP : D'accord.

M8 : Médecin généraliste sur Chambéry-le-Haut aussi, pas dans le même cabinet en l'occurrence [que M7], mais dans le même Pôle de Santé.

M7 : D'accord.

M8 : Je suis également médecin du sport même si ce n'est pas du tout le gros de ma patientèle puisque j'ai beaucoup d'enfants et de gynéco.

CP : D'accord.

M9 : Je suis généraliste et psychologue (pas psychothérapeute, psychologue), je prescris de l'homéopathie au centre-ville. J'ai beaucoup d'activité dans la dépression, schizophrénie, bipolarité. Mais j'ai très peu de (?), tout ce qui est de la pathologie chronique ou à long terme. **CP** : Alors, pour structurer un petit peu, moi la première question que je vais vous poser, c'est : Avant d'être embarqués dans cette expérience pilote et dans ce programme, qu'est-ce que vous faisiez comme promotion d'activité physique ? Est-ce que c'était dans vos habitudes, quelle promotion vous faisiez ? Comment vous faisiez ?

M6 : C'était ciblé, c'était ciblé sur certaines pathologies, sur des gens qui n'en faisaient pas assez. Mais c'est vrai que par exemple dans ma clientèle c'est difficile, ce sont des gens qui sont coincés, ils ne peuvent pas bouger, ils ont des sciatiques, des choses comme ça. Donc c'est vrai que moi je ne leur dis pas d'aller marcher quand ils sont coincés, ils sont au repos. C'est vrai qu'il y a un biais ici.

M8 : Alors moi, j'ai tendance toujours, enfin, le sport pour moi c'est essentiel. Pour les patients qui sont dépressifs, le sport est vraiment un allié. Ça, depuis toujours. Après, c'est sûr qu'il y a des pathologies comme les femmes qui veulent perdre du poids, donc effectivement ça en fait partie. Et puis ceux qui ont des douleurs de dos, souvent même si c'est la première fois, je leur dis « Attention, vous avez mal au dos, là vous avez mal, vous ne pouvez pas faire grand-chose, mais dès que vous n'avez plus mal au dos, il faut quand même garder en mémoire que vous n'avez qu'un dos pour la vie, et qu'il va falloir que vous vous muscliez. » Et ça des fois je leur dis dès le premier lumbago, dès la première consultation. Il faut vraiment essayer de leur faire comprendre que c'est sur du très long terme.

M9 : Il nous reste nous, docteur ! (*en regardant M7*) **M7** : Oui, je t'en prie. **M9** : Alors moi, donc psychologue et médecin à la fois. Je ne suis pas que prescripteur, je considère que le sport est important, est très important dans les dépressifs et dans la bipolarité (...). Je leur demande depuis toujours de faire un graphique, avec chaque jour la durée de sport qu'ils... Et j'ai eu des cas, je sais que ça décharge des endorphines, j'ai eu vraiment des cas, et c'est pour ça qu'à la réunion passée j'ai rigolé, des cas d'addiction au sport. Et non seulement ils ont maigri, ils étaient maigres, pas minces. Voilà. Alors faire le travail c'est aussi difficile, parce qu'ils ne savent pas doser parfois. Alors ils se lancent dans le sport jusqu'à l'épuisement. J'ai eu le cas d'épuisement. Ça c'est une expérience que j'ai eue, non deux, mais c'est à prendre en compte. Et aussi j'ai seulement deux jeunes diabétiques insulinodépendants et qui pratiquent du sport, et c'est incroyable leurs valeurs [glycémies], avec les mêmes doses [d'insuline] qu'avant qui étaient inefficaces, ils sont très bien, ils n'ont même plus besoin d'augmenter les doses. Ce qui m'a entraînée dans cette activité c'est Pierre, qui m'a parlé depuis longtemps, presque un an je pense, peut-être deux. Et je sensibilisais mes patients. C'est pour ça que j'ai une facilité pour mettre en œuvre ce concept. Et je me demandais

souvent quand pouvoir faire ça, voilà. C'était une demande de notre part, déjà. C'est pour ça que je ne peux pas dire que j'ai eu des difficultés pour les entraîner dans cette activité. Et comme pathologies, je n'ai pas du tout des pathologies cardiovasculaires ou hypertendues, je ne sais pas pourquoi, ce n'est pas ma réputation dans le monde des profanes, alors ils viennent toujours pour ce qu'ils savent que je maîtrise bien. Les autres pathologies... ?

M6 : Moi je dirais que ce qui est intéressant, là, de voir la position de M8, que je rejoins complètement, mais c'est vrai que dans mon cabinet j'ai pris conscience, depuis que je me lance là-dedans, qu'il fallait différencier une activité de rééducation sur un rachis qui a souffert et un entretien, je dirais, d'activité physique de tous les jours. Et pour moi c'est vrai que c'était deux choses différentes. Moi, avant, tout ce qui est rééducation ça fait partie d'une logique de traitement, alors qu'en revanche les activités physiques et régulières à conseiller aux patients, ce n'était pas mon truc, étant donné que je n'y pensais pas. Et c'est peut-être, voilà, c'est peut-être le plus, ça, de cette prise de conscience que j'ai faite, de dire « Même tous les jours c'est important de bouger ». Je n'avais pas cette notion de résultats de pathologies complètement dingue qu'on a vue après ces études, et c'est ces études, et à voir toutes les activités qu'on voit ici sur les tableaux que je vous ai remis, qui est assez dingue. Parce que je me souviens qu'à l'URPS Rhône-Alpes, où j'ai parlé pour la première fois du projet, je me suis fait virer ! On m'a dit : « M6, Hippocrate, depuis 2500 ans on sait très bien que le sport et santé ça va bien, donc tu ne nous apprends rien, ton projet ça vaut zéro, terminé ! » Et je me suis fait jeter, réellement jeter ! Et là, tous les travaux qui sont revenus maintenant montrent qu'en fait les médecins croient savoir et ne savent pas ! Toutes ces activités, avec des articles récents des études sur l'activité endothéliale par exemple, des tas de choses qui vont jouer, de plus en plus pointues au niveau de l'activité physique, qu'on ne connaissait pas du tout, et que les médecins croient savoir ! Mais en fait, quand on voit les résultats, par exemple 68 % de moins de dépression dans le lot des personnes qui faisaient de l'activité physique par rapport à la série de patients qui n'en faisaient pas, jamais on ne se serait attendu d'un résultat pareil ! 50 % de cancers en moins, etc. Je veux dire, c'est vraiment impressionnant. Donc voilà. Donc c'est pour ça que ces résultats ont dopé un peu ce point.

M7 : Donc mon approche en médecine générale a évolué aussi selon mon cursus d'âge personnel et des patients, les patients vieillissent en même temps que leur médecin. Donc là, moi au départ, sur l'intérêt de l'exercice physique, j'essaie de le donner dès l'enfance en fait. Et c'est vrai que c'était assez, on est quand même assez marqué au départ sur la visite de l'enfant, sur les prises de poids de la petite enfance par exemple, des moins de quatre ans par exemple aussi, sur les courbes, un peu avant même. Et puis ensuite sur les certificats de sport, ce qu'on nous demande. J'ai à chaque fois interpellé un peu sur l'activité physique en-dehors du sport, ce n'était pas que le sport qui pouvait être intéressant, mais chez les enfants c'est quand même essentiellement autour du sport que les choses se passent. Après, avec les adultes, avec les maladies cardiovasculaires et avec le diabète, effectivement ce sont deux axes importants en nombre de personnes dans notre pratique, à travers les réseaux diabète notamment, c'est vrai que j'étais plus, depuis 94, un peu plus intéressé déjà par insister sur l'activité physique. Et puis la question pour moi, elle est surtout de la manière dont on accompagne les gens dans l'activité physique, ce qui fait qu'effectivement ils vont, quel objectif minimal on peut se donner pour une activité physique, dans telle ou telle personne, en tenant compte, et ça c'est quand même très difficile, en tenant compte de la vie courante professionnelle et non professionnelle, et c'est tout de même un peu difficile d'estimer aussi l'activité physique, on le verra un peu dans les questionnaires après, l'appréciation aussi que les gens font des questions et l'approfondissement qu'ils entraînent de discuter avec eux. Moi ce qui m'intéresse surtout, c'est de discuter sur les questions et les critères qui ont été relevés dans ce document de questionnaire.

CP : D'accord. Donc avant de vous lancer dans cette expérience, est-ce que vous aviez des collaborateurs, un réseau, est-ce que vous utilisiez des techniques particulières, des outils pour promouvoir l'activité physique chez vos patients ?

M6, 8 : Non. **CP** : Mais la réponse peut être... **M6** : Si, les kinés, moi je veux dire. **CP** : Les kinés, oui ?

M6 : Les kinés, c'est tout.

M8 : Moi j'ai l'impression que ça fait cinq ans que je suis installée et de ne pas avoir encore fait mon réseau de kinés, d'ostéos. Alors bon c'est vrai qu'on n'est pas trop sensé donner des noms, mais d'un autre côté je n'ai pas, j'ai du mal à savoir ce que fait chacun. **CP** : Ou tout simplement la promotion de la marche ou d'un autre sport ? **M8** : La marche, et puis aussi je leur disais toujours leur manière de se déplacer pour aller au travail, d'aller chercher les enfants. Et puis souvent je terminais souvent en disant « Ça devrait être obligatoire l'heure de gym, de renforcement musculaire par semaine pour tout le monde », enfin je veux dire ça devrait être comme être à l'école, ça devrait être obligatoire. (**M7** : *Acquiesce avec sa tête.*)

CP : D'accord. Et vous aviez, vous connaissiez déjà des questionnaires ou des outils ? Non, vous n'avez jamais utilisé ça. **M8** : Je n'ai même pas, j'ai passé mon DU de médecine du sport il y a quoi, il y a cinq ans maintenant, je n'ai même pas percuté s'il y en avait ou pas, et en tout cas je ne m'en suis jamais servi avant. **M6** : Il faut savoir qu'il y a un DU activité physique et santé qui s'ouvre à Grenoble. **CP** : Pour les médecins ? D'accord.

M7 : Pas que. **M6** : Ah ! **M7** : Pas que pour les médecins, les DU. Si ?

M6 : C'est Michel Guinot qui lance ça. C'est un DU, je ne sais pas (*hausse les épaules*). Ce n'est pas que pour les médecins ?

CR : Pas tout le temps, non.

M7 : Non, les DU, c'est ouvert pour les infirmières maintenant.

CP : Oui, les DU de douleur, il peut y avoir des infirmières. Bon alors maintenant on va entrer dans le vif du sujet. On va commencer par une question assez simple, c'est : Comment vous avez fait, une fois que vous avez eu votre kit, votre kit proposé par le comité de pilotage, comment vous avez initié votre expérience de prescription d'activité physique ? (*regardant M8*) : Vous avez commencé il n'y a pas longtemps, c'est tout frais. **M8** : Je n'en ai que quatre, donc c'est un petit peu dur, effectivement. En sachant que je suis revenue de vacances et que les plannings sont juste surchargés, donc ça a été très dur. Mais du coup, là, le jeudi où j'ai pu voir Lucile, j'ai un patient de ma collègue qui effectivement, le Maghrébin diabétique, hypertendu, ou vraiment on a ... voilà. J'ai pris le temps de discuter avec lui, il était tout content, je lui ai donné la petite fiche avec Lucile. Mais sur quatre [patients] j'ai du mal à dire, à globaliser.

CP : D'accord. Mais là, ce qui nous intéresse, c'est le côté pratique.

M7 : Comment ça se passe ?

CP : Comment vous avez fait ? Vous avez fait une pile, vous avez distribué dans la salle d'attente, votre secrétaire qui s'en occupe, vous avez mis une affiche... ? Voilà, c'est un petit peu...

M8 : Moi je n'ai pas encore mis en place. **M7** : Moi donc, chez moi c'était un petit peu compliqué, parce qu'en fait on est un cabinet de groupe, on est à deux, il y a une secrétaire d'accueil en permanence. Et dans la salle d'attente on a affiché, on a mis l'affiche. Par contre, effectivement, comme je suis seul à rentrer dans l'étude pour l'instant, au départ j'ai mis ça sur mon bureau et j'essayais d'y penser. Donc j'ai le petit (*geste représentant probablement le présentoir*). J'essayais d'y penser, et je disais l'autre jour en réunion au comité de pilotage qu'en fait moi je suis en fin de parcours parce que je prends ma retraite en milieu d'année, et donc j'ai beaucoup de patients chroniques qui viennent me voir, et du coup je leur donne le document quand je dois les revoir assez rapidement, au bout de quinze jours (parce qu'on refait un examen, parce qu'ils veulent me revoir). Donc s'ils vont faire un bilan, je leur donne ce questionnaire en plus, et je leur dis « Ben écoutez, vous regardez ça à la maison, puis on en reparle la prochaine fois ». Je fais la promotion un peu d'activité physique et j'annonce un peu le fait que de plus en plus d'études montrent effectivement qu'il y a un bienfait sur différents champs, et que ça peut être intéressant de voir un peu où ils en sont au niveau de leur sédentarité et de leur activité. Donc je leur donne ça, et je les revoie. Et à travers ça (car moi j'en ai distribué à peu près une trentaine quand même), eh bien il y a les deux types : le patient qui revient et qui... (ben j'en ai trois quart qui sont revenus avec ça) et pour lesquels effectivement il y a une discussion qui se fait autour, déjà, du questionnaire, des réponses, de la manière dont ils ont répondu, est-ce qu'ils ont bien répondu (ils me demandent « Est-ce que j'ai bien répondu ou pas ? »). Ça peut être difficile aussi d'apprécier aussi pour certains l'intensité, etc. « Est-ce que l'activité physique régulière, c'est au moins une fois par semaine ? Et qu'est-ce que c'est, est-ce que c'est dans un club, et si ce n'est pas dans un club, est-ce que c'est, est-ce que si je suis chaudronnier et que je bosse huit heures dans la journée, je considère que j'ai fait huit heures d'activité physique ? » Ce sont des questions que les gens se posent aussi... Et du coup moi je suis un petit peu quelquefois en difficulté par rapport justement à la transcription de ce questionnaire, on peut dire qu'on peut ne pas le prendre à la lettre, on va en discuter. La deuxième chose, c'est que finalement j'ai vachement constaté que, finalement dans les patients que je voyais, il y en avait beaucoup qui étaient largement au-dessus de 18, et au-dessus de 25 même, alors que c'était des patients qui sont des patients lourds, quoi. Donc j'ai trouvé que c'était finalement une bonne chose pour eux et finalement peut-être que ce que je dis depuis quelques années, ça porte ses fruits ! Donc je me valorise un peu de ces résultats, je suis très content, valorisé.

(Autres : rires) **M7** : Et par contre effectivement dans les situations un peu cata, là effectivement ça vaut le coup de reprendre les choses avec les personnes, mais alors c'est souvent dans des situations médicosociales compliquées, où il faut débrouiller, où il faut passer vachement de temps quoi, consacrer une consultation autour de ça. C'est pour ça que ça fait partie aussi de la faisabilité de l'affaire, c'est qu'effectivement il faut passer du temps. En plus, donc, pour compléter l'affaire, toi tu étais en vacances, mais nous on avait, mais toi aussi d'ailleurs (*en s'adressant à M8*), on a changé de logiciel.

Changer de logiciel médical, c'est s'habituer à un nouveau logiciel, c'est aussi passer du temps là-dessus, et du coup ben ça court un peu dans les rendez-vous, on est en retard, et du coup on dit « on ne va pas mettre ça en plus »...

M9 : Pourquoi on change ?

M7 : De ? **M9** : De logiciel ? **M8** : Pour avoir tous les mêmes. **M7** : Pour que l'on puisse travailler ensemble.

CP : Si je reformule un petit peu. Donc moi ce que j'ai entendu, c'est que vous avez essayé d'utiliser le test, est-ce que finalement vous sous-entendez que même les médecins il faudrait qu'ils soient formés à remplir le test comme il faut ? Enfin... **M7** : Pas formés à le remplir mais formés à le comprendre. **CP** : Oui. Oui ! C'est-à-dire à savoir ce que ça veut dire.

M7 : A le comprendre. **CP** : Oui, c'est ça. Que chaque docteur soit un peu d'accord sur ce qu'il entend par activité. **M7** : Moi j'ai commencé à essayer de le remplir, déjà, pour le tester, puis les collègues l'ont fait aussi. **CP** : Et que donc finalement, l'interpréter avec le patient ça prenait du temps, et qu'est-ce que j'ai entendu aussi, que...

M7 : Et que finalement il y a aussi donc dans la situation, on a a priori peu de gens en-dessous de 18. Donc finalement il y a quand même beaucoup de gens qui bougent ! Première constatation dans ce que j'ai... Après donc il y a une autre technique que j'ai utilisée aussi sur une après-midi qui était moins chargée, où effectivement j'ai donné le questionnaire, plusieurs après-midi comme ça, où j'ai fait donner le questionnaire par la secrétaire à l'arrivée de la personne dans la salle d'attente. Mais il fallait que je prenne un temps de discussion dans la consultation tout de suite, avec le test. Mais là-aussi ça marche bien aussi, parce que les gens ont le temps de le faire. Mais je pense que c'est aussi intéressant qu'il y ait une présentation du questionnaire à ce moment-là par la personne qui le donne, donc c'est vrai qu'au niveau de la secrétaire elle soit aussi un petit peu branchée sur cette démarche-là et qu'elle présente un minimum le papier.

CP : Donc disponible, la secrétaire.

M7 : Voilà.

CP : D'accord. Et juste du coup, quand vous avez constaté avec les patients qui étaient en-dessous de 18, voire vous avez parlé de la situation cata, vous avez fait autre chose ? Qu'est-ce que vous leur avez proposé ? Vous avez discuté avec ? Ou du processus ou même d'autre chose à faire ?

M7 : Alors moi j'ai inclus une seule personne dans le parcours 3, et qui était en une situation donc effectivement de quelqu'un qui revient à 5, et là effectivement cette personne elle n'était pas prête du tout à faire de l'exercice, à faire un minimum de choses. Marcher, c'était déjà très difficile pour elle, elle a une centaine de mètres de périmètre de marche. Mais en fait cette personne, dans la démarche, là, elle est rentrée maintenant dans un groupe dit « de socialisation », c'est-à-dire dans une démarche de groupe avec d'autres autour de sa situation personnelle, la manière dont elle vit cette situation-là. C'est un groupe de RSA, de personnes qui touchent le RSA, et qui existe sur le quartier. Donc disons la lutte aussi pour faire quelque chose, donc il se déplace un peu, il est un peu plus mobile par rapport à avant. Il ne fait pas d'exercice physique, il est plus mobile. Voilà.

M6 : Alors moi j'ai plusieurs choses à dire. D'abord le test de Ricci a neuf questions, et chaque question au minimum c'est 1 point. On ne peut pas avoir en-dessous de 9... **M7** : Oui, quand je dis 5, j'exagère.

(**M9** : sourires) **M6** : Si la personne... **M7** :

Mais il n'a pas répondu à tout. **M6** : Ah bon.

C'est pour cela que j'ai repris... **M7** : Parce qu'il n'a pas pu.

M6 : C'est ça. Je poursuis ce que dit M7. Parce que moi j'ai des gens aussi qui sont très bas, ils me disent « Docteur, moi c'est une catastrophe ! J'ai, je ne sais pas, 11 ou 12 » Alors moi je dis « Maintenant ce qu'on va faire, on va reprendre le test de Ricci ensemble ». Et effectivement, elle

n'avait pas répondu à plusieurs questions ! Ce qui fait qu'en fait, en reprenant le test, elle était montée à 22 ! Et elle croyait qu'elle était nulle, nulle, nulle ! Donc il y a une première chose dans le test de Ricci : revoir suivant les résultats si les patients ont correctement répondu aux questions. Donc ça c'est...

M7 : Je te reprends, car ce n'est pas vrai ! Quand tu coches le premier outil, « Plus de cinq heures assis », OK, ça fait 1, ensuite « Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités », s'il dit non, « l'activité » et « la fréquence », il n'y en a pas, « combien de minutes », il n'y en a pas.

M6 : Oui, mais c'est toujours, regarde, c'est la colonne 1, ce n'est pas la question, il n'y a pas de zéro ! C'est ça ! Tu vois ? **M7** : Oui, oui, exact ! Bon, ben alors effectivement, je vais lui mettre 20.

(rires) **M6** : Non, 9 plus 5, puisqu'elle avait 5 points, donc en fait elle a 14.

M7 : Non, non, non, non, non.

M6 : Ah bon, je te laisse voir.

M7 : Non, non, non, non, non.

M6 : C'est parce que, voilà, notre test a un problème, c'est qu'il n'y a pas de zéro. C'est de 1 à 5. Donc en fait dès que c'est inférieur à 9, puisque 9 correspond à zéro en fait, **M7** : Il ne fait rien. Il est surtout assis. **M6** : Il ne fait rien ! Donc ça, à mon avis, ce n'est pas réutilisable. *(M7 hausse les épaules en signe de désaccord)* **M6** : Alors il y a plusieurs choses. Moi j'ai une salle d'attente, en fait il y a... J'ai deux problèmes parce que je suis dans une salle d'attente, on est deux professionnels, et il y en a une qui est orthoptiste, c'est bourré d'enfants. Et j'ai mis...

M7 : Plus de papier, ils jouent avec ! **M6** : Exactement ! Et j'ai vu, et devant le problème, je me suis dit « Catastrophe ! ». Et pourtant c'est dans la salle d'attente qu'il faut mettre ces trucs. Alors c'est vrai que c'est un peu angoissant. Alors donc j'ai en fait relevé le truc pour que les enfants ne veuillent pas jouer avec. **M9** : C'est le papa qui va le leur donner. *(rires)* **M6** : Voilà. Alors c'est vrai que j'ai donc une chute très rapide. **M7** : Une hécatombe de questionnaires ! **M6** : Alors je crois que je vais en prendre un certain nombre, mais je n'en ferai pas beaucoup. Alors au départ je n'avais rien, je veux dire les gens, alors c'est très étonnant ils arrivent, quelquefois en salle d'attente j'ai beaucoup de retard, ils arrivent, « Bonjour docteur », ils s'assoient, et puis curieusement quelques fois ils ont fait le test et ils ne me disent rien, ils ne me disent rien ! Et quelquefois je ne le vois pas, et je leur dis « Mais vous avez le test dans la salle d'attente ? » « Ah oui, docteur ! » Alors ils le sortent de leur sac. Mais je dis, c'est peut-être, c'est bien... Alors évidemment ils ne le savaient pas. Donc il y a aussi faire passer ce message que le médecin, quand il pose la question sport et santé, qu'il y ait, et alors, on vous a passé un diagnostic express travaillé avec Bernard Jacquot, mais en fait, il y a, dans la question vraiment très, très simple, c'est actif ou pas, c'est une question archi simple à donner au début, on peut arriver à faire ce test en (j'ai calculé, chronomètre en main) je crois qu'en moins de trente secondes. On peut savoir, quand on est pressé : Actif / pas actif ; pas actif : prescription ? Je fais, alors sur ordonnance 30 minutes de marche/vélo par jour, c'est fait, j'en ai pour, allez, vingt-cinq secondes. Si je suis encore très pressé, et là ça ne ressort pas très bien, si c'est compliqué parce que j'ai un obèse inactif qui a des troubles de rhumatismes, qui a des vertiges, et je me dis « Ah, je dois pas faire un certificat médical de non contre-indication », eh bien c'est très simple ! Soit je l'envoie directement parce que je n'ai pas le

temps de faire un certificat de non contre-indication chez un médecin référent APA (que ce soit bien clair), soit je m'y connais, je fais et j'ai le temps, bon, soit la personne n'est pas motivée et je dis « Bien je vais voir un éduc APA ». Voilà. Et donc en fait ça peut aller très vite ! Et cette espèce de blocage de dossier archi complexe peut être d'une simplicité ! Alors nous on a, dans les tableaux, tout différencié, développé, tous les trucs possibles et inimaginables, à travers des heures, des heures et des heures, mais en fait en synthétisant, ça peut être archi simple, mais vraiment archi simple ! Trois petites questions et c'est réglé : il est actif ou pas, je prescris ou pas, et est-ce que si c'est compliqué je fais moi-même le certificat ou je l'envoie au médecin ou je l'envoie à l'éduc APA. Et c'est fini ! Et c'est terminé. C'est d'une simplicité !

(M7 : rires) **CP** : Alors. J'ai l'impression que le docteur n'est pas d'accord. **M7** : Pas du tout.

M9 : Ni moi. *(rires)* **CP** : Vous

non plus. *(rires)* **M9** : Je ne sais pas faire vite. **CP** : Elle ne sait pas faire vite. **M6** : Non, non, mais je...

CP : Alors ça du coup, ce n'est pas très grave, puisque ça ne change pas trop vos habitudes. *(rires)*

M8 : Tout dépend effectivement combien vous en voyez par heure : un, deux, trois, quatre... ? **M6** : Voilà.

M9 : Deux, des fois un par heure.

M8 : Voilà. Donc vous prenez cinq minutes, c'est bon ! **M6** : Moi c'est 45 minutes facilement par patient, si c'est plus d'une heure, voire une heure et demie. Donc c'est clair que...

M8 : Oui, bon, voilà. Moi non. **CP** : On soulève la problématique du temps. **M7** : Donc t'as vachement le temps de causer ! Puisque tu dis que ce n'est pas... **M6** : Voilà ! Je cause, moi ! Non, ...

M7 : Ça ne dure pas trois minutes, ça dure vachement longtemps ! **M6** : Attends, non mais attends, je parle là... **M7** : La prescription, ben moi, avec l'ordinateur, ça dure moins longtemps maintenant, tu tapes, ça sort !

M6 : Voilà. **M7** : Si je le mets en automatique « Prescription d'activité physique ». **M6** : Donc là il est intéressant de voir qu'on peut aller encore plus court, et qu'un des gros obstacles, chronophage, trop compliqué, peut être résolu en quelques, un ou deux clics. Une question et un ou deux clics. Donc c'est quand même intéressant de voir que ce n'est pas une usine à gaz. Parce que le gros problème, c'est qu'on avait très peur d'une usine à gaz. Et que... **CP** : Alors je ne sais pas, est-ce que vous avez peut-être déjà prescrit ? **M9** : Oui, j'ai envoyé déjà 10, j'ai 10 que je n'ai pas eu le temps de les envoyer, elles sont déjà faites. **CP** : D'accord.

M9 : Et je pense que cette semaine ou début de semaine prochaine je vais encore rencontrer des personnes. Pour moi ça nécessite beaucoup de temps, d'abord parce que je dois leur expliquer en quoi consiste ce test, quels sont leurs bénéfices. S'ils font les 30 minutes parce qu'ils sont sensibilisés

d'une certaine façon, comme je vous ai dit depuis quelque temps je leur parle du projet. Mais la première fois ils veulent savoir comment c'est concret, ils me demandent et je réponds, parce que par ma formation de psychologue je ne peux jamais être pressée, ou peut-être par ma personnalité, je ne sais pas. Voilà. Alors ça prend le prix d'une consultation. Parce que je leur donne tous les détails, je leur parle de leurs pathologies, en quoi leur pathologie peut être améliorée par l'activité physique. Je leur fais même des dessins de la physiologie du corps et de l'anatomie pour leur expliquer, c'est-à-dire je leur explique en détail quel est le bénéfice. Et en fonction de la pathologie, c'est toujours variable. Je leur donne les feuilles [test de Ricci et Gagnon], s'il est d'accord bien sûr je leur explique les parcours, et s'ils sont d'accord je leur donne les feuilles nécessaires pour les remplir. Je leur dis soit ils remplissent dans la salle d'attente où j'ai mis le petit support et ils le laissent dedans, soit ils reviendront la prochaine fois. Des fois je n'ai pas le temps de leur expliquer, je leur donne, et quand ils reviennent la prochaine fois je leur explique ce qu'ils veulent savoir. Par contre je lutte pour une réponse, ils me demandent concrètement comment ça va se passer après. Je n'ai pas vraiment de réponse concrète. Je dis que c'est une commission qui va décider, que la commission va négocier avec la personne le type de sport, voilà. Il y a beaucoup de demandes s'il y a des bénéfices de cas concrets par rapport à ça, pour la piscine la première séance est gratuite, je ne sais pas. On n'a pas beaucoup d'informations pour la suite.

M6 : Je peux peut-être répondre quand même. **CP** : Oui, vous pouvez, comme ça vous n'êtes pas venus pour rien. **M6** : C'est-à-dire qu'on monte le dossier.

M9 : Pardon ? **M6** : On monte le dossier. **M9** : Oui, ben on monte le dossier !

M6 : Donc le dossier étant monté, il y a une demande de subvention, et en fonction de notre travail et bien l'ARS va débloquer des fonds pour aider certaines activités physiques et les prendre en charge. Tu vois !

M9 : Ah quand même ! **M6** : Ah oui, oui, oui !

M9 : Je n'ai pas voulu leur faire de faux espoirs.

M6 : Mais pour l'instant il ne faut pas trop leur dire car c'est en cours, ce qu'on demande.

M8 : Probablement limité à certaines pathologies ! Le diabète, ça s'est sûr, ...

CP : Maladies chroniques... **M6** : Voilà. Il y aura certaines conditions. **M9** : Mais moi je leur ai dit que « peut-être », mais je ne veux pas m'engager.

M6 : Mais pour le moment on ne peut pas s'engager car c'est, ce n'est pas... quand on aura les résultats on verra. **M9** : Mais j'ai dit, « Il faut d'abord profiter de l'avantage que le sport vous apporte sur votre santé, et après on verra ». **M6** : Voilà, d'accord, très bien. Alors c'est vrai ce que tu dis là est l'idéal, moi ce que j'ai dit, c'est que j'ai réagi par rapport à ce que j'ai entendu, « usine à gaz » et « chronophage », et il y a quand même un médecin Dr X qui a abandonné à cause de ça, il y a Dr Y qui a dit c'est trop compliqué votre truc. C'est à cause de ces premiers retours qu'on a fait ce qu'on appelle un diagnostic express. Mais l'idéal c'est bien sûr de pouvoir développer un peu le sujet et dire les intérêts que tout ce projet... Et pour ça il y a une fiche que je viens de distribuer, et surtout l'autre, c'est les tableaux des pathologies qu'il

est bon d'avoir et que les médecins devraient avoir sur son bureau pour pouvoir rapidement expliquer les résultats, où on en est aujourd'hui. Donc ça vaut vraiment le coup.

CP : On vous sent complètement motivé, effectivement ! Et c'est vrai que peut-être il faut avoir plusieurs approches à proposer aux médecins en fonction de leur activité. Si... **M8** : C'est sûr qu'on n'est pas du tout pareil.

CP : Voilà. **M8** : Si elle [M9] a un par heure, moi je suis en moyenne à trois et il y a quand même des médecins qui sont à...

M7 : ... quatre. **CP** : ... à plus. (rires) **M8** : ... à largement plus.

M9 : La psychologie c'est une demi-heure, mais moi je n'ai pas chronométré et je laisse, je dépasse.

M8 : Les centres de santé... **CP** : Les médecins sont tous différents, et c'est aussi ce qui fait la richesse du métier. **M9** : La psychothérapie c'est (...), mais la psychothérapie ça ne marche pas. **CP** : D'accord. Donc. Et les patients ? Comment ça s'est passé ? Quels retours vous avez quand vous leur avez proposé ?

M9 : Ils sont tout contents, ils adhèrent au projet. **M8** : Surpris. **M9** : Mais ils ont besoin des informations, c'est ça qu'on (considère ?) chez mes collègues... **CP** : Contents, surpris, demandeurs d'informations pour la suite... **M9** : ... et il se trouve que ça prend du temps. Mais on dirait que le patient qui ne sait pas nous gêne. Alors que moi j'ai une autre idée, une autre approche.

M8 : Effectivement moi je trouve qu'ils sont positifs. Alors là je n'ai pas beaucoup de retours, mais c'est vrai que j'avais parlé de ma patiente la dernière réunion, parce que... Donc il y a un an j'avais vu une patiente, je lui avais demandé et j'avais vraiment essayé de la motiver justement sur ce temps de parcours maison-travail, et donc là le jour de la réunion elle est revenue, elle m'avait dit : « Eh bien vous savez docteur, l'année dernière vous m'en avez parlé. En janvier je me suis dit « Allez, une fois par semaine je fais le retour ou l'aller à pied ». Au bout de quinze jours elle faisait l'aller et le retour maison-travail à pied, ça voulait dire 3.5 km donc 7 km par jour donc 35 par semaine, et elle avait perdu, je ne sais plus, quelque chose comme 17 ou 20 kg en un an. Et elle était super bien ! En sachant qu'elle était un peu ronde, mais pas énorme, et voilà, elle était passée de quelque chose comme 80 à 60 kg et elle était super contente. Et c'est vrai que du coup c'est, enfin, quand on prend le temps de discuter avec les patients c'est hyper positif, et ils sont super contents parce que c'est vrai qu'on... qu'ils n'ont pas l'occasion souvent de parler de ça.

M6 : Je voudrais... alors c'est très intéressant, parce que toutes ces expériences-là, avec Bernard Jacquot on pensait qu'il fallait tenir un press-book. Parce que moi, si vous voulez, j'ai aussi des retours qui sont assez intéressants. L'une qui disait « Mais docteur, moi je suis agricultrice, je ne vais pas commencer à me balader alors que toutes les voisines vont se dire qu'est-ce qu'elle fout celle-là, pourquoi elle ne travaille pas, etc. Et donc je ne peux pas. Et grâce à la prescription non seulement je vais le faire mais je vais aller mes voir en disant mais vous aussi vous devriez le faire ». Donc c'est assez fabuleux, cette prescription. On ne s'imagine pas ! Une autre expérience, c'est une autre expérience : La personne m'a dit « Mais je ne me l'autorise pas, parce que mon mari travaille, mes enfants travaillent, moi je ne vais pas prendre du repos comme ça alors que eux travaillent, du bon temps. Il n'en est pas question. » Alors je dis « Mais c'est pour votre santé, c'est pour votre santé,

vous allez changer ». Et là, renversement complet du truc, et hyper heureuse, hyper détendue. Et vraiment, c'est fou, on ne s'imagine pas ça ! Ces retours-là m'ont surpris. Il y en a une autre. Alors elle, la prescription date de bien avant, pareil, de bien avant le test. Et en fait j'ai des reculs comme ça, et la prescription l'a littéralement « boostée ». Mais elle est hyper heureuse, parce que jamais, jamais elle ne se prenait en charge comme ça. Maintenant elle marche, un peu comme [la patiente de M8], elle marche, elle est hyper contente, j'ai l'impression que sa vie a changé, quoi. C'est étonnant ce truc ! C'est comme si on donnait le dé clic d'autorisation.

M8 : Effectivement, moi je suis dans un endroit où, là, voilà, il y a beaucoup de Maghrébines, et c'est vrai que de leur en parler, à la limite elles n'ont jamais pensé à faire une activité pour elles. Mais il y en a, c'est étrange, et c'en est même à un point : pas de copines, pas d'activité, elles vont à l'école avec les enfants on ne dit à la limite bonjour à personne ! Et c'est vrai qu'on a l'impression d'avoir ce rôle d'ouvrir un peu, elles sont comme ça (*fait des œillères avec ses mains*), et d'ouvrir un petit peu, quoi (*elle écarte progressivement les œillères*). Moi je suis... bon. **M6** : Je crois qu'on a un rôle... C'est ça qui est génial ! Ce rôle d'ouverture.

M8 : Et de se dire qu'effectivement que ça fait partie du travail de tout le monde de s'occuper de soi, quoi. Et c'est un travail. **M6** : Et là, c'est l'autorisation (*fait un signe de tamponner un sceau de validation*) par l'ordonnance. **CP** : D'autres retours ?

M7 : Moi c'est vrai que il faut faire connaître aussi aux gens, là il y a des ressources, ça peut être aussi une question, là il y a des ressources qui sont dans le livret, des ressources qu'il y a aussi en proximité, dans notre quartier en tout cas des Hauts de Chambéry, qui sont aussi importantes à dire. Il y a un groupe de marche qui existe depuis vingt-cinq ans, organisé par des bénévoles en lien avec les centres socio-culturels, eh bien donc ces patients-là aussi qui finalement entraînent d'autres dans une activité de marche avec différents niveaux, il y a trois niveaux dans le groupe, et tous les mardis après-midis, ils sortent quoi. De donner aussi les choses qui se passent sur le quartier. Tu [M8] parlais de maghrébines. Il y a effectivement Chambéry 73, qui fait des cours uniquement pour femmes.

M8 : Il y a Lady Moving aussi, c'est un cercle de sport que pour les femmes.

M7 : Oui, oui. **CP** : Et donc pas de refus ? **M6** : Si. Alors moi, j'ai essayé plusieurs fois, il y en a qui me disent « Mais vous me prenez pour qui docteur, vous croyez que c'est... ». C'est de « l'infantilisation ». « Je suis assez grand pour savoir ce que j'ai à faire ». Je dis « Oui, mais votre score il est assez bas. Vous faites beaucoup moins de 30 minutes par jour ». « Oui bien d'accord, mais je n'ai pas besoin de consulter ». Et c'était un peu ferme, quoi. Donc j'avais l'impression que, voilà, c'était vécu comme « Vous me prenez pour qui ? », quoi. Donc là-aussi c'est une réaction qui m'a surpris.

M7 : Moi j'ai du mal à mettre sur l'ordonnance. Autant je le dis aux gens, autant l'écrire, je vois qu'effectivement... L'écrire, je l'ai écrit quatre fois sur les trente consultations. Mais je trouve que ce n'est pas quelque chose de simple à écrire, parce que par rapport, comme tu dis, ça peut être effectivement être vécu comme infantilisant ou... Moi je préfère, parce qu'en plus sur la prescription moi c'est le pouvoir médical la prescription, je trouve que ce n'est pas tellement intéressant là, on est dans une démarche éducative donc... Prescription, c'est une ordonnance, j'ordonne. Et si on reste sur ce plan-là, moi ça ne me convient pas.

M6 : Moi je vais même plus loin là-dedans de ce que dit M7. C'est-à-dire qu'il faut que ce soit un plaisir. On ne peut pas forcer un plaisir. Il faut que ce réflexe de marcher et de faire ces activités vienne pratiquement de soi-même, il faut s'approprier ce projet pour le faire et se faire plaisir. Si on

le commence et sur ordre, eh bien ça perd ce charme-là. Voilà. Jusqu'où on touche la tranche entre la nécessité de stimuler, de faire le dé clic un peu pour démarrer, et puis de ne pas tomber dans l'excès l'inverse, sur ordre comme à l'armée. Voilà.

M8 : Après je trouve que l'ordonnance en elle-même, c'est vrai qu'on est très habitué à ne mettre que des médicaments, et moi de plus en plus je mets d'autres choses.

M6 : Voilà. **M8** : Et ça me fait penser à une pathologie que je prescris depuis cinq ans que je suis installée, c'est dans l'hypotension. Je mets toujours « 30 minutes de marche matin », enfin « Marche rapide matin et après-midi », ça fait partie de ma prescription de l'hypotension, parce qu'effectivement, je n'y pensais pas et là je viens d'y penser, et voilà, ça fait partie de mon ordonnance type, « Boire, chaussette de contention et marcher ». Et à la limite je le dis aussi des fois dans les gastros, quand elles sont vagales un peu, je leur dis « Vous allez marcher, vous allez beaucoup mieux ».

M7 : Oui. **M8** : Et je trouve qu'effectivement l'ordonnance ce n'est pas que un ordre, **M7** : oui,

M8 : ce n'est pas que pour des médicaments, **M7** : oui, **M8** : ce n'est pas que pour des pharmaciens. C'est tout bête, mais des fois je m'en sers aussi pour le tabagisme passif. Enfin j'essaie de faire passer des messages où il n'y a pas forcément beaucoup de ...

M7 : C'est plus un, plus un conseil. **M6** : Mais c'est écrit ! **M8** : Oui, mais je trouve que l'ordonnance c'est ça. Et je trouve que c'est plus intéressant, ça.

M9 : Est-ce que c'est notre fantasme de médecin, à propos de l'ordonnance et de sa signification, ou quel est le ressenti du patient ? Parce que nous, en tant que médecin, ordonnance c'est ordonner, c'est vrai. Mais il faut savoir que la plupart des patients qui nous consultent ont besoin de cet ordre. Ils viennent pour l'ordre, pour l'ordonnance. Et alors l'activité... **M7** : Ils viennent pour être soulagés de ce qu'ils ont ! **M9** : Oui ! C'est pour l'ordre ! C'est au nom de l'ordre qu'on leur donne ! **M6** : Mais si c'est une partie du traitement, ... **M8** : Mais il y a aussi les conseils, il n'y a pas que l'ordre. **M9** : Mais ce que je veux vous dire, vous me laissez finir ce que je ressens.

M6 : Vas-y, **M9**. **M9** : Voilà. Alors ce sont deux mondes qui se mettent en alliance dans une consultation : le monde du médecin et de la pensée médicale, et le monde du profane, du patient. Chacun a ses fantasmes. Il faut savoir comment nous on perçoit une ordonnance, comment l'autre personne perçoit cette ordonnance. Nous, on la perçoit comme un soulagement pour lui, qu'on lui donne. Est-ce que lui le perçoit toujours comme tel ? Pas toujours. Il faut le dire. Parce qu'il y a des restrictions, il y a des contrôles de traitement, il y a... bon. C'est un soulagement pour nous parce qu'on s'est débarrassé d'un patient et c'est l'autre qui arrive. Mais il a besoin d'un ordre. C'est l'ordre qu'il cherche. C'est

l'ordre des choses, ce n'est pas l'ordre du militaire, c'est l'ordre des choses, peut-être aussi. Et comme on sait que le sport décharge quand même des endorphines, c'est comme une médication que l'on prescrit ! Une médication qui suscite une autre source, la production des endorphines, le bien-être. En même-temps, je comprends bien la réticence de certains collègues,

parce que moi-même j'ai du mal à écrire, parce que je n'ai jamais prescrit du sport sur ordonnance. Et alors c'était mon problème, ce n'était pas celui de mon patient. **CP** : Est-ce que vous avez eu des astuces pour favoriser les adhésions des patients ? **M9** : L'alliance thérapeutique (*voix chuchotée*).

CP : Oui. Mais alors des choses plus concrètes que l'alliance thérapeutique, dans laquelle on veut tous tendre dans notre consultation, bien sûr ? **M6** : Moi je les fais rentrer dans l'étude. Je leur dis, voilà, on fait une étude, on a besoin de vous, on a besoin de vous.

CP : Voilà. C'est un petit peu ce que je voulais savoir. On a entendu ça dans l'autre groupe. Voilà. Donc vous utilisez un peu « Faites-moi plaisir » (*rires*). **M6** : Pas « Faites-moi plaisir » mais « Est-ce que ça vous intéresse de faire partie de l'étude ? On fait une étude expérimentale. Voilà. Si vous pouvez, ce ne serait pas mal. »

M8 : Ah, ça incite. **CP** : « J'ai besoin, j'ai besoin de vous pour faire cette étude »... voilà. **M6** : Voilà.

CP : Mais vous avez raison, parce que c'est votre bébé, votre projet, donc c'est intéressant !

(**M6** : *sourires*) **CP** : Mais sans aucun jugement de ma part ! **M6** : Non, non, bien sûr.

CP : Voilà, c'est intéressant de voir... voilà. Très bien. D'autres, d'autres trucs ? **M9** : Moi je leur explique cette alliance thérapeutique : chacun a son savoir et son pouvoir. Moi c'est le secret professionnel. Lui, elle, si elle ne le met pas avec son savoir et son pouvoir, ça veut dire essayer de rentrer en résonance avec ce que je dis, ça ne peut pas marcher ! Je peux être un savant, s'il ne fait rien, (*hausse les épaules*), mon savoir ne vaut rien.

CP : D'accord.

M7 : Par rapport à ça, je pense effectivement que la présentation sur le plan de l'étude peut être intéressante. Moi j'ai l'expérience d'une étude pharmaco, en fait. Mais là aussi, effectivement, c'est un profil de patients particulier qui rentre dans ce type d'étude, je veux dire des études de médicaments, stade trois, en phase terminale. Et là, effectivement, il y a plutôt toute une explication, on ne rentre pas dans une étude comme ça, c'est pareil. Bon dans le cas d'une étude de ce type-là, il y a moins de conséquences, les effets secondaires sont plutôt positifs dans cette étude que dans une étude médicamenteuse où les conséquences ne sont pas toujours positives. Eh bien, ça peut être intéressant, mais c'est pareil, ça nécessite un petit temps d'explication. Parce que, bon, ce qui est écrit là est déjà intéressant [sur le flyer test], hein, donc. Et puis ce que je n'ai pas dit tout à l'heure, et qui à mon avis est intéressant aussi, c'est que le fait de donner ce petit questionnaire à faire, plusieurs personnes m'ont dit « Ça me permet de me rendre compte où j'en suis, parce qu'effectivement je pensais que j'allais être assez bon, et moi je suis moins bon que ce que je pensais », ou bien... Donc c'est un point de repère par rapport à notamment une sédentarité. Là j'ai en tête un gars, un cadre qui vient d'être au chômage, et qui me dit : « Ben je réponds maintenant différemment qu'il y a trois mois. Maintenant j'ai repris effectivement un minimum d'activités parce que j'ai du temps, mais si j'avais répondu ça il y a trois mois, j'aurais eu largement en-dessous de 18. » Et du coup ça permet aussi de réfléchir sur, finalement, l'organisation de sa vie, de son parcours, son organisation de temps personnel aussi. Bon après, il est conseillé de faire ça, c'est un autre travail.

CP : Par rapport au choix des..., on a parlé des difficultés d'utilisation du questionnaire, du temps de le remplir. Et pour vous, le choix de l'arbre décisionnel, les trois parcours : problème, pas problème ?

M9 : Dans le choix des patients ou dans... **CP** : Non ! Ensuite, à partir de l'échelle, du score et de l'offre, enfin de l'état du patient, et de ce que vous pouvez lui proposer, ça vous a paru simple ou pas ?

M9 : Moi je tiens compte aussi de ..., je négocie avec la personne : qu'est-ce qu'elle aime faire et qu'est-ce qu'elle peut faire, vous savez, ce que je lui conseille de faire. Parce qu'il y a des patients avec des obésités morbides, j'en ai beaucoup en thérapie nutritionnelle où je leur apprend que le régime n'a aucune valeur que de faire le yoyo et je ne les oriente pas dans cette discipline d'alimentation, ces désirs d'alimentation (...), et je leur explique que la marche je ne la leur conseille pas trop longtemps parce que ça sollicite beaucoup trop les genoux, et malgré qu'elles soient jeunes (jusqu'à trente ans d'âge), ça peut produire des grands dégâts par la suite, je leur propose la natation, quand ça leur est pas possible parce que il y en a l'une ou l'autre qui, de se déshabiller, ne se sent pas bien, le vélo, quand elles ont peur du vélo dans la rue, du vélo en salle de sport ou il y a des sports adaptés qui protègent les genoux par exemple. Donc je négocie chaque fois avec le patient entre ce qu'il désire et ce qui est possible. Voilà.

CP : D'accord. Donc pas de difficultés de repérage des parcours.

M6 : Alors si, si, si, si. **CP** :

Ah, pardon. **M7** : Moi je n'ai pas dit ça.

CP : Ah, pardon. Je ne sais pas... Excusez-moi. Hop, effacé. On vous écoute.

M7 : Je n'ai rien dit là-dessus.

M6 : Moi, je crois... Tu y vas, M7 ?

M7 : Oui. Moi, au départ, j'avoue que j'ai eu beaucoup de mal à me mettre dans, effectivement, dans quelle case les gens devaient rentrer. Parce que ce n'était pas clair. Le dernier document [le memento] qui a été renvoyé éclaire un peu plus. Mais après, il y a effectivement la présentation des offres, que l'on fait aussi si on rentre des personnes dans les parcours, dans le parcours 2. C'est aussi une difficulté, parce que d'une part il faut aussi que tu aies relu un petit peu ce quatre pages qui présente les choses, ensuite ce n'est pas bien clair non plus par rapport à l'Ecomobilité, de ce qu'ils peuvent proposer, et puis ensuite moi j'ai été à la réunion de présentation de l'offre, justement, donc j'ai eu une présentation des associations et de ce qu'ils proposaient, donc j'ai un petit plus d'informations que peut-être d'autres médecins qui n'y ont pas assisté, donc là je peux effectivement plus dire « Ben là, sur l'équilibre, je vous conseille plutôt cela », mais sur l'Ecomobilité ce n'est pas clair. Je trouve qu'il faut peut-être retravailler cette question-là. Et puis aussi les gens nous disent, pour beaucoup : « C'est bon, c'est bien, vous nous donnez des pistes, mais bon je vais me débrouiller tout seul, de la marche. »

CP : Donc vous avez besoin qu'on vous reprécise un petit peu les solutions pour vos patients, en particulier l'Ecomobilité. **M7** : Oui, un peu sur ces solutions-là, et puis en fait presque, avec le type de patients que j'ai (bon, je ne suis pas le seul à avoir ça), pour certains j'aurais plus intérêt à les envoyer à l'Espace Ressource Santé qu'on a créé sur les Hauts de Chambéry, pour leur dire : « Allez avec ce papier-là là-bas, ils vont vous expliquer un peu plus ce que moi je ne prends pas le temps pour vous expliquer complètement. C'est-à-dire un endroit où effectivement on vous donnera plus d'informations sur ça. »

CP : Je reformule. Si le médecin a fait un travail de repérage et de motivation de son patient, le médecin aurait peut-être besoin d'un relai pour voir avec le patient comment s'organiser dans le parcours, dans l'offre.

M7 : Oui. Parcours 2...

CP : Parcours, je voulais reprendre parce que c'est le mot que vous utilisez, mais dans l'offre chambérienne, qu'elle soit associative, qu'elle soit formelle, qu'elle soit individuelle.

M7 : Oui, oui. **CP** : J'entends, vous aimeriez... Alors vous avez utilisé votre structure locale, enfin proche du cabinet, partenaire, mais ça c'est quelque chose dont vous auriez besoin ? **M6** : Alors il y a quand même un effort qui a été fait.

CP : Oui ? **M6** : Je veux dire qu'on les a regroupées sur quatre grandes pathologies, les séniors, les handicapés, tout public, et puis... je ne sais plus. Il y a eu un petit tri. Donc moi je me sers de ce tri. Voilà, il y en a quatre. Donc c'est vrai que je dis aux patients : « Pour les séniors, les personnes âgées, écoutez, vous avez ça, mais vous pouvez faire ça ».

M7 : Oui. **M6** : Donc tu vois ça va assez vite ! Voilà. « Et lisez maintenant ce qui vous intéresse, et puis on peut en reparler. ». Voilà. Donc il y a eu un essai. Parce que ça répond directement à ce que dit M7, parce que ça, on avait ça en tête il y a quelques mois « Mais comment les médecins vont pouvoir... ? » Donc il fallait répertorier. Et c'était l'objet d'un travail qui était quand même remarquable. **CP** : D'accord. Eh bien, ça tombe bien. Est-ce que ça vous a été utile, ces quatre propositions ? Vous avez utilisé les structures, vous avez eu des contacts ?

M6 : Alors, moi. **CP** : (*Regardant M8*) Trop tôt pour vous ? **M6** : Moi, je n'ai pas eu, je leur ai dit, mais après les gens font ce qu'ils veulent. D'autant plus que ce n'est pas gratuit. Je leur dis « Revoyez », et je ne leur promets rien, parce que pour le moment on monte le projet, et que...

M9 : Voilà.

M6 : A Strasbourg c'est pris en charge, pas chez nous.

M9 : Moi par contre je leur demande, parce que je sais que les patients sont très sensibles à la communication et qu'ils sont limite (...) quand ils ne font pas ce qu'ils veulent et non ce qu'il faut faire, je leur demande d'avoir un agenda, et chaque jour noter le temps et l'effort, l'activité. **CP** : D'accord. Vous utilisez ça aussi, les autres médecins, comme l'agenda de nutrition ? **M9** : Non, mais ils ont tous un agenda de travail.

M8 : J'ai une patiente qui a eu à Noël le fameux bracelet qui va avec l'iPad, [qui comptabilise] le nombre de pas qu'elle fait.

CP : Ah oui. **M8** : Ça la motive vachement ! **M7** : Oui.

M9 : Non, parce que sinon je peux venir voir l'échange réel. Si je ne fais pas ça, je ne peux pas savoir ce qu'ils ont fait et eux non plus ! Il faut quand même savoir une certaine mesure...

CP : D'accord. Dans les difficultés, est-ce que vous auriez besoin de mieux connaître encore les ressources médicosportives, celles que vous connaissez déjà, celles qui sont sur la plaquette ? **M8** : Moi j'ai l'impression, à Chambéry le Haut, de connaître un peu plus.

CP : Peut-être, d'accord, OK. Non, c'est juste pour noter les choses pratiques.

M9 : Et on me demande « Qui est-ce qui va les appeler, et pourquoi, et comment ? » Je ne sais pas. « Vous serez reconvoqués. » Mais par qui ?

CR : J'ai l'impression que... **CP** : Oui, c'est une question qu'on a eue au début. Je te laisse répondre, Carine. **CR** : Oui. Eh bien, du coup, c'est Lucile qui va les recontacter. Je ne sais plus ce qu'elle avait dit. Alors, en gros, ça dépendait, c'était soit par... Elle faisait une relance par téléphone... **M7** : Par téléphone, et par mail.

CR : Et après c'était par mail et par voie postale. **CP** : Moi j'avais compris l'inverse.

C'était plutôt par mail parce que c'est plus pratique. **M7** : Oui.

CP : Et puis ensuite éventuellement par courrier ou téléphone.

M6 : Oui, c'est ça. D'accord. Par mail. Parce qu'il y en a qui n'ont pas de mail. Parce que moi j'ai envoyé des fiches et ils n'ont pas internet. **CP** : Le mail c'est plus pratique, mais les personnes n'ont pas toutes des mails.

M6 : Voilà. **M7** : Oui. **M9** : Alors quel sera le but de cette convocation ? C'est eux qui me demandent, moi je... **M8** : Mais ils n'ont pas de reconvoque ?!

CR : C'est refaire le point. **M7** : C'est juste un contact pour faire le point. **M6** : C'est une mise en contact pour le suivi. **CP** : Et c'est une enquête.

M6 : C'est une petite enquête. « Parce que finalement votre médecin vous a prescrit ça, est-ce que vous arrivez à le faire ? Est-ce que ça vous a apporté quelque chose ? » Ca c'est, si tu veux, Lucile qui va le faire pour les patients. Ce n'est pas à toi, mais tu peux le faire en plus. **M8** : Il n'y a pas de convocation. **M9** : Les miens, ils attendent comme des petits anges la convocation pour être dirigés dans le sport qu'il faut faire.

M7 : Ah, non, ce n'est pas ça. **M9** : Parce qu'on n'a rien compris. Ah, ils sont bien... **M7** : Ça c'est le parcours 3, ça.

M6 : Oui, oui.

M9 : Alors elle va les reconvoquer. Ils vont tous être reconvoqués.

M6 : M9, ça c'est le parcours 3, où ils vont être reconvoqués, et quelqu'un va leur dire « Allez là-bas ».

M8 : C'est eux qui appellent, c'est eux qui appellent d'abord. **M6**

: Alors ils doivent contacter, non, Lucile, non, parce que... **CP** : Les [patients du parcours] 3, ils doivent appeler. **M9** : C'est moi qui ai mal compris... ! **M6** : Le parcours 3, tu donnes une fiche.

M8 : Oui, ils ont le numéro de Lucile, ce sont eux qui appellent !

M6 : Et Lucile les appelle.

M8 : Non ! **M6** : Ou alors les patients appellent Lucile ? **M8** : Non mais, Lucile... Enfin pour moi ce sont eux qui appellent. **M6** : Ou les deux. Je n'ai même pas fait attention. **M9** : Bon... (*amusée*)

M8 : Autrement je me demande comment ils peuvent savoir. **CR** : Normalement eux, ils ont la fiche, ils ont les coordonnées.

M6 : Enfin ils ont les contacts, ils ont les fiches pour appeler Lucile, et Lucile a leur fiche. **M7** : Oui.

M8 : Enfin... avec un peu de retard ! Moi elle m'a dit, il n'y a aucune urgence à appeler, à donner [les fiches], donc...

M7 : Oui. **M6** : Oui, ce n'est pas... **CP** : Alors, ...

M9 : Bon, j'ai tout faux...

CP : Oui, finalement, les patients que vous avez un petit peu recrutés, est-ce que vous avez déjà eu des retours sur l'amélioration de l'état de santé ? Oui ?

(**M7 et 8 font non avec la tête.**) **CP** : Non... **M6** : Moi j'en ai eu un ou deux mais c'est vrai que je n'en ai pas envoyés beaucoup encore. **M9** : J'en ai trois.

CP : Trois ?

M7 : Je ne peux pas dire. **CP** : Des hommes, des femmes ? **M7**

et 9 : Des hommes. **M9** : Que des hommes. **M6** : Non moi... des

femmes

CP : (*Regardant M7 et 9*) Que des hommes. (*Regardant M6*) Que des femmes. Ça a l'air plutôt de se mixer, d'accord. Et alors pour ceux qui n'auraient pas écouté vos conseils, qui n'auraient pas suivi votre prescription, est-ce que vous avez une idée du pourquoi ?

M9 : Parce que, d'un côté, peut-être que je n'ai pas su les motiver assez, et deuxième (*d'un autre côté*) peut-être qu'ils ont eu un contexte qui ne leur va pas bien.

CP : Un contexte... **M9** : Ni vers la culpabilité ni vers la projection. **CP** : Ah oui, oui, oui !

M9 : Je considère que ce sont les deux en question. Mais en général ils sont sincères. Si pour la demande de faire de l'activité, ils le feront, même si elle ne sera pas très régulière peut-être parce que ce sont des gens très difficiles. Mais les trois quart dont je vous parle, c'est vrai qu'ils étaient en même temps sous antidépresseurs depuis le mois de novembre, et leur évolution, et c'étaient les premiers à qui j'ai fait la prescription, bien avant de recevoir le formulaire. Et c'étaient des gens qui avant avaient fait du sport, et se sont remis au sport. Et l'un qui n'avait aucune motivation, aucun désir de vie, s'est inscrit à Pôle Emploi pour trouver du travail, « J'ai trouvé une copine sur internet », la relation avec sa mère s'est améliorée. L'autre... La plupart était envoyée par Dr (...), ([qui] *ils*) sont

tous les trois d'origine magrébine), pour un mal de dos qui traînait, ils étaient en arrêt de travail depuis trois ans. Trois ans ! Et je l'ai eu en traitement à peu près depuis le mois de novembre. Et ils ont commencé l'activité physique vers le mois de février, ça veut dire même pas un mois et demi. Mais très motivés, tant ils font, à mon avis plus d'une heure par jour ! J'ai peur de l'addiction... Alors les deux se sont inscrits au Pôle Emploi, et le troisième était en arrêt de travail... c'est deux-là c'était très long terme, je sais que un c'était depuis trois ans, l'autre je ne sais pas, depuis deux ans, je ne sais plus. Et l'autre il était depuis six mois licencié, et il n'était pas très motivé pour retrouver du travail. Il a retrouvé du travail sur internet. Je ne sais pas si c'est le sport qui a fait, mais je pense que c'est ajouté à toute la thérapie, les médicaments. Mais c'est vrai que c'est peu de temps après le sport qu'ils se sont sentis plus actifs, plus motivés, avec la capacité de se projeter dans l'avenir, ce qui avant n'était pas possible. Ni copine, ni travail, ni motivation du travail, « Je ne suis pas capable de travailler encore ».

CP : Et parmi, alors, les raisons du non suivi de vos prescriptions, qu'est-ce que vous évoqueriez, qu'est-ce qui vous vient, qu'est-ce qui serait... ? **M7** : Je crois que c'est un peu trop tôt pour répondre à cette question.

CP : Oui, d'accord. **M7** : Il faut voir selon l'évolution même, l'évolution de l'état de santé. **CP** : Même si vous n'avez pas de patient en tête ou de retour, qu'est-ce qui vous paraîtrait un frein chez vos patients ?

M7 : Le temps. **CP** :

Le temps ? **M9** : La motivation. **CP** : La motivation ?

M6 : Et les limites alors, dans mon cabinet, c'est qu'ils ne peuvent pas !

CP : Les limites physiques, l'état de santé ? D'accord.

M6 : Les limites physiques. Non, ils ne peuvent pas ! S'ils vont bien, je ne les revoie plus. Et quand ils vont mal, ils ne peuvent pas. Alors pour moi, c'est facile ! Moi c'est simple ! **CP** : Les limites, et donc, oui en fait, une activité, la difficulté de trouver une activité adaptée à leur état de santé. C'est ça, ce que vous voulez dire ?

M9 : Moi je n'ai pas été confronté parce que je n'ai pas de patients dans cet état. Je pense que la motivation en dépend.

CP : OK. Vous avez parlé du coût aussi, tout à l'heure ?

M9 : De ? **CP** : Du coût. Ça peut faire partie des limites ?

M6 : Moi j'ai une, ça fait partie, j'ai une patiente (je lui ai remis l'affiche) qui me dit, « Financièrement, voilà, c'est un peu... » Non plusieurs, plusieurs qui m'ont dit... Et surtout c'est un des petits reproches qui a été fait à l'affiche : il n'y a pas marqué le coût. Le prix n'est pas marqué. Donc ça, ça fait partie des critiques.

M9 : Oui mais marcher à pied ça n'a pas de coût, et en plus c'est plus écologique. **M8** : Oui, et ça commence maintenant, et c'est souvent à l'année, de septembre à juin ! **M7** :

Oui.

M6 : Alors ça c'est un autre [problème], c'est aussi une question aussi intéressante. Il y a deux problèmes dans ce que soulève M8.

CP : Oui. Vous voulez redire ?

M8 : Je disais simplement que souvent c'est de septembre à juin, les inscriptions dans toutes les associations. **M6** : Nous, nos deux gros problèmes, en fait on en a deux dans le lancement de tout ce projet ici et sur la Savoie, c'est qu'au niveau des offres, effectivement, nous on va leur dire. Mais l'année étant commencée, c'est difficile de rajouter quelqu'un, souvent c'est un groupe formé, c'est difficile d'en rajouter. Et deuxième point, c'est que les clubs ont leurs limites aussi. C'est-à-dire que si, par exemple pour les cancéreux, il y a 4 S, tout le monde veut y aller, c'est saturé ! Et il n'y en a pas

d'autres ! Donc on est coincés, donc on a envie de leur proposer mais il n'y a plus de place. Donc on a ces deux problèmes actuellement, qu'on va étudier avec l'ARS.

CP : D'accord. Donc il y a aussi la limite de l'offre. **M6** : De l'offre, et... **M9** : Par contre je veux soulever un problème qui est très intéressant. C'est très bien qu'il n'y a pas de possibilité d'inscription jusqu'au mois de septembre, parce que je les incite toujours à faire cette activité en plein air. Les randonnées, les marches à pied, ça ne coûte rien. Ça use juste les chaussures, je veux dire, mais c'est tout. Et du vélo en plein air. Parce que du point de vue psychologique, dans une salle, où ils sont enfermés, où il n'y a pas assez d'air, où il y a toutes les odeurs, il faut le reconnaître ! Une piscine, où il y a des produits qui sont très toxiques. (*Regardant M6*) J'ai un monsieur qui participe à notre projet qui est venu me voir, qui est du personnel, et qui m'a raconté tout ce qu'ils mettent dans ces piscines, alors je le déconseille. Au contraire, je veux qu'ils se rapprochent de la nature. Il y a un double gain, ils font du sport, ils entendent les oiseaux, ils voient des fleurs... Le contexte est favorable.

M6 : Et puis toujours, cette..., c'est ma femme qui est psychiatre aussi. **M9** : Qui ? Oui, ta femme. Pardon. **M6** : Ma femme. Et qui dit « Mais attends, M6, c'est du bon sens, c'est un plaisir de la vie, qu'est-ce que tu vas leur prescrire ça ? »

M7 : Ben, prescrire le bon sens, c'est vachement bien !

M6 : Alors voilà, voilà. **M8** : Il y a beaucoup de gens qui sont fermés à tout ça. **M7** : Oui.

M6 : Non, alors c'est ça...

CP : Et, on, il n'y a pas d'autre... Oui, prescrire du bon sens parfois, dans l'alimentation, dans, je ne sais pas, dans l'hygiène de vie, le bon sens, ça fait partie de notre quotidien de docteur. **M9** : On a oublié un peu notre bon sens. On a perdu notre bon sens. **M6** : Oui, c'est ça, c'est le rôle du médecin.

M8 : Le quotidien, c'est allumer la télé, ce n'est pas... **M9** : Manger devant la télé. On ne sait pas ce qu'on mange. **M6** : Oui, c'est vrai.

CP : Donc, justement, vous parlez d'utilisation d'installations sportives, de vélo, peut-être pourquoi pas de coach d'activité physique. Donc vous avez soulevé aussi le coût, la possibilité aussi que ça puisse être gratuit si on marche et si on fait du vélo dehors, ou... voilà. Est-ce que vous pensez qu'on pourrait avoir une offre plus prise en charge, une offre, qu'est-ce que vous en pensez ? **M9** : Moi votre idée avec le coach, je pense que c'est très important. Et ça, je ne sais pas comment on peut la mettre en exergue parce qu'ils sont d'habitude très pauvres. Un coach, ça coûte.

M8 : Sachant que moi je trouve que la gratuité n'est pas forcément une bonne chose, « Ce qui est gratuit ne vaut rien », etc. Mais par contre effectivement des coups de pouce, ou peut-être pour initier. Mais pour moi, c'est important de se dire qu'on est acteur de sa santé. Et effectivement il y a besoin de coups de pouce, mais le mot « gratuité », ça me donne des boutons. Surtout enfin, nous deux (*se tournant vers M7*), à Chambéry-le-Haut, où il y a beaucoup de choses qu'on leur doit. **CP** : Oui.

M8 : A un moment donné, ils se le doivent à eux. **CP** : Ce qu'on entend. « Ce qui est gratuit n'a pas de valeur ». **M8** : Oui, non, mais c'est ça. **CP** : « Ce qui est gratuit m'est dû ».

M8 : Oui, non mais voilà. Et c'est vrai que ça me gêne.

CP : On entend souvent ça dans les discours des médecins. D'accord.

M6 : Oui. Une perversion. **CP** : D'accord.

M8 : Etre aidant mais ne pas être suffisant.

CP : Puisque vous parlez du mot aidant, vous avez des idées d'aide ? **M9** : D'aide par rapport à quoi ?

CP : On peut penser que certains patients n'ont quand même effectivement pas les moyens de payer une entrée à la piscine ou même...

M6 : Ça c'est un minimum. **M8** : C'est sûr, il y en a qui n'ont pas les moyens.

M6 : Il n'y a pas de truc absolu. Je pense que c'est adapté à chaque patient.

M8 : Cela dépend du téléphone qu'ils ont.

M6 : ... de la motivation. **M8** : S'ils ont un iPad, là on ne leur offre rien. (**CP** : *Rires.*)

M6 : Voilà.

M9 : Moi je pense que l'idée du coach est très bonne. Parce que les miens n'ont pas opposé de la résistance, ils se sont très vite enflammés. Mais ils peuvent s'éteindre aussi vite, je ne sais pas. Pour le moment, ils vont bien. **CP** : L'idée serait qu'on paie l'entrée à la piscine mais qu'à la piscine on trouve quelqu'un pour leur montrer comment on nage sans se faire mal, parce qu'on peut se faire mal au dos en nageant si on ne sait pas faire. Ça serait ça, plutôt, dans vos idées d'aide ? Je ne sais pas, moi, alors là je fantasme ! **M8** : Moi souvent je leur dis : « le sport c'est bien de le faire à plusieurs, dans l'habitude. Il ne faut pas compter sur les autres pour se lancer, mais n'empêche qu'une fois qu'on est lancé, c'est bien d'être plusieurs, d'aller à la gym à plusieurs, enfin, c'est beaucoup plus stimulant. » Et c'est vrai que du coup l'idée du groupe de marche, du groupe qui propose au départ... **M9** : [groupe] de randonnée...

M8 : ... de randonnée, ça je trouve ça bien. **CP** : Donc l'idée de soutenir éventuellement les associations qui feraient des offres bon marché pour utiliser les chemins de randonnée du coin...

M8 : Oui. Ou lancer un groupe de copines !

CP : Oui !

M8 : Moi j'ai des femmes turcs, effectivement, ben l'année dernière, elles s'étaient mises à plusieurs à marcher une heure le matin. **CP** : D'accord. Mais on sait que parfois qu'il y a besoin d'une structure sociale type centre social qui fédère, qui aide ces femmes à monter leur groupe.

M8 : Qui leur donne des idées. **CP** : Qui leur donne des idées. Donc par ce biais de structures, c'est une aide qui vous paraîtrait plus payante, plus efficace que la gratuité du sport en général. **M9** : Il me semble qu'on les a habitués un peu d'être assistés et qu'ils n'ont plus d'initiative. **CP** : D'accord.

M7 : Bon moi je mettrais des freins, des bémols à tout ce que vous venez de dire, quand même. Je reviendrais sur parcours 2 parcours 3. Moi je pense qu'on devrait avoir un accompagnement dès le parcours 2 pour aider à la motivation, etc. Donc ça c'est une chose. Et dans ce sens-là je pense qu'on est dans une situation un peu particulière, parce qu'effectivement sur les Hauts de Chambéry on a développé un pôle de santé, et dans ce cadre de pôle de santé on a aussi développé des financements, on a réussi à avoir des financements particuliers de l'ARS pour monter un certain nombre de prestations donc de soins collectifs. Dans les soins collectifs il y a des prestations de groupe de style relaxation, (...), etc, qui sont accessibles gratuitement pour les personnes qui sont orientées par ou un travailleur social, ou un médecin, ou un professionnel de santé, sur des situations de gens vraiment en grande difficulté médico-sociale puisque les interférences sociales et médicales sont importantes. Donc là effectivement il y a des personnes qui ne vont pas spontanément aller vers un exercice physique, dans un club ou dans une structure. **M8** : Et c'est dans la durée.

M7 : Sur un temps donné, sur un temps donné. **M8** : Ça tourne. **M7** : Généralement sur un cycle donc de trois à six mois selon la pratique. **CP** : C'est un coup de pouce.

M8 : Oui. **M7** : Voilà, c'est un coup de pouce là-dessus, mais c'est enclencher les choses, enclencher les choses. Il faut donner un temps pour enclencher les choses, et je pense qu'effectivement là cela me semble important de garder ça. Alors pour ça c'est vrai qu'on a la chance d'avoir une stagiaire APA, à l'année, qui termine au mois de juin mais on va en prendre une autre l'année prochaine, donc un master 2 qui est capable de mener des groupes et qui fait effectivement là-dedans donc chez nous un groupe de marche, un groupe de gymnastique douce. Donc effectivement les personnes rentrent dans ce système-là. C'est pour ça que jusque maintenant j'ai joué le jeu et je veux bien continuer à jouer le jeu d'envoyer à Lucile, mais on a quand même la prestation de proximité, et du coup c'est... on peut discuter un peu sur la méthode.

M8 : Mais Lucile la renvoie ! **M7** : Oui, tout à fait. **M8** : Ce n'est pas, voilà, c'est l'interface.

M7 : Oui, c'est juste l'interface de transit, mais éventuellement on pourrait penser qu'on puisse le faire directement, et que ce soit notre APA qui préviene Lucile de la prise en charge. Mais donc ça c'est ce cadre-là qui permet ça pour l'instant. **CP** : Mais vous parliez que ça c'est peut-être pour certains patients, mais que pour les patients plus en nécessité d'activité physique avec pathologies, peut-être est-ce qu'il y aurait besoin à ce moment-là d'une prise en charge ?

M7 : Pareil. Alors pour eux déjà là il y aurait besoin déjà d'adapter, de voir avec eux quel type d'activité, et d'avoir un entraînement, un accompagnement sur la mobilisation. Il y en a qui me font part effectivement d'une intervenante APA, et ensuite effectivement orienter vers une autonomie, accompagner les personnes dans un club x ou y, ou une démarche, une salle x ou y, avec aussi un accompagnement au démarrage et un relai par la structure qui l'encadrera. Donc ça c'est le type d'accompagnement qui va être nécessaire pour un certain nombre de gens. Bon. Après il y a des gens qui, spontanément, y vont plus facilement. Les situations qui, en tout cas, nous préoccupent, ce sont des situations pour lesquelles nous on va essayer d'agir, ce sont essentiellement sur les inégalités sociales de santé, donc sur du public les plus en difficulté. Le cadre dont je parlais tout à l'heure, il va se débrouiller tout seul, il faut lui donner un petit coup de pouce, de la motivation, mais on va s'en sortir avec lui.

M8 : Juste, à peu près grosso modo, pour combien de temps, ... **M7** :

Oui. **M8** : Parce que j'avais prévu que je ne rentrerais vraiment pas tard, et... **CP** : Encore un petit quart d'heure.

M9 : A neuf heures je suis attendue. **CP** : Eh bien, allez, on terminera à neuf heures. **M6** : Il est quelle heure ?

CP : Moins le quart.

M6 : J'ai juste, j'aimerais revenir sur ce que dit M7 aussi. En synthétisant, c'est vrai que notre gros problème, c'est le danger de lancer quelque chose sans qu'on ait quelque chose derrière pour l'optimisation. Et ça, c'est un gros danger sur lequel il ne faut pas qu'on tombe, c'est, voilà, lancer pendant trois à six mois, et après les gens ils retombent, ils sont tout seuls. Il y a quelque chose qui ne va plus, quoi. Et là, il y a des groupes, ils se sont mis ensemble, et on ne peut pas les supprimer, là. Alors que en fait le but, c'est de lancer, et là on a un gros problème aussi, on est confronté à... **M7** : Et puis il y a tout l'aspect de la remise en lien social.

M6 : Ah oui ! **M7** : Ce qui est essentiel dans l'approche collective. **M6** : Ah oui, c'est sûr.

CP : Alors comme j'aimerais quand même vous entendre sur encore des sujets... Tant pis, les questions vont être moins ouvertes, puisque j'entends bien que le temps passe. Est-ce que par rapport justement à cette prescription d'activité physique, est-ce que vous pensez qu'il devrait y avoir un codage spécifique, une consultation dédiée ? **M6** : Alors c'est prévu. La CPAM a prévu un C2. Je vous le dis parce que c'est déjà... **CP** : Je vous demande si vous pensez que c'est une bonne idée, que ça aiderait les médecins à mieux prescrire ? **M8** : Oui, en sachant que du coup il faudrait carrément l'anticiper au moment du RDV, pour... **M7** : Oui.

M8 : ... pour pouvoir prendre plus de temps. **CP** : Oui. Ou faire revenir les patients.

M8 : Voilà. Ou effectivement faire revenir les patients. **M6** : Quand il y a un cas difficile, tu dis « Ça, ça nécessite une consultation dédiée ». **M7** : Consultation spécifique.

M8 : Ce serait à mon avis beaucoup plus intéressant.

M6 : L'anticiper, on sent qu'il le faut, l'anticiper, voilà.

M7 : Vous aurez droit à une consultation de prévention.

M6 : Voilà.

CP : Par rapport à la formation. Vous vous sentez formés suffisamment ? J'ai l'impression. Je pose la question parce qu'elle est dans mon guide. Est-ce que vous vous sentez suffisamment armés, compétents, formés pour faire ce que vous avez commencé à faire et prescrire l'activité physique au mieux ?

M9 : Nous, prescrire, oui, mais je ne sais pas si on est assez formés pour le suivi dans le temps, comme le disait mon collègue [M6].

M6 : L'adaptation aux pathologies !

(**M7** : *Hochement affirmatif de la tête.*)

M6 : Parce que les activités physiques adaptées aux pathologies on n'est pas, on n'a pas de formation...

M7 : Ce n'est pas nous qui allons faire ça.

M6 : C'est spécialisé. **M7** : Pas nous, médecins. Soit...

M8 : Oh...

M7 : Soit si tu es intéressée (*regardant M8*). Je ne sais pas si c'est... **CP** :

Eventuellement une formation pour connaître les activités physiques adaptées ? **M9** : Voilà.

M8 : Je pense que c'est bien de déléguer ce genre de choses. Enfin voilà.

M7 : Oui. **CP** : Mais vous êtes d'accord pour les déléguer aussi. **M8** : Moi, ça me paraît évident.

M6 : Oui. **M9** : J'aurais préféré faire la formation parce que j'aime bien être indépendante. **CP** :

Voilà. Mais, apparemment, il va y avoir une offre de formation à Grenoble, j'ai entendu ça (*rires*), j'ai entendu ça. Formation à l'entretien motivationnel ? Peut-être pas vous [M9] (*rires*), mais. **M9** : Je l'ai faite quand même, cette formation. **CP** : Il y a quelque chose qui vous paraîtrait intéressant ? **M8** : Moi je l'avais faite sur deux jours, mais...

M6 : Alors il faut savoir, pour répondre à votre question, il y a des générations qui ne l'ont pas eue, et dans les études il y a une génération qui l'a. Le Prochaska et DiClemente et Compagnie, ça fait partie du cursus des études.

CP : Oui, oui. **M6** : Mais moi je ne l'ai pas eue, je l'ai découvert là, voilà. On n'a pas eu les mêmes études ! **M9** : Moi j'ai fait la formation parce que je ne suis pas... **M8** : Mais si, il est sur deux jours, avec MG Form.

M7 : Oui.

M8 : Sur les troubles du sommeil, voilà.

M6 : Qu'il y ait des FMC... **M8** : FMC.

M6 : ...après, c'est un autre problème.

M7 : Oui, oui. **M6** : C'est ça ce que je dirais. Moi je ne l'ai pas eu dans le cursus initial. **M8** : Moi non plus.

M6 : Mais si, mais si (*montrant M8*).

CP : Est-ce que c'est, dans votre expérience, parce que ce qui est intéressant dans les focus-group c'est votre expérience, est-ce que ça vous a manqué de savoir explorer la motivation du patient, le faire progresser dans ce fameux cycle, est-ce que ça vous a manqué ou est-ce que ça allait bien ? C'est tout ce que je veux savoir, en fait. **M9** : Non, ça allait bien, mais moi je m'inquiète pour l'avenir.

M6 : M9, toi tu es déjà une pro là-dedans. Je parle de gens qui ne savent pas. **CP** : Non mais je parle de vous, monsieur (*rires*).

M7 : Alors si on parle de nous...

M6 : Alors moi, non mais tu sais, moi depuis que j'ai découvert Prochaska et que j'ai eu des cours grâce à M7 avec (...)

M9 : Je suis (...), tu sais tout faire.

M6 : Non mais attends, attends une seconde. On a eu une formation avec M7, c'est lui qui l'a organisée, avec (...), et sur les addictions, avec le fameux cercle. Mais moi avant ça... On a fait même un travail et ça c'était hyper intéressant, moi ça m'a ouvert les yeux ! Et il y a beaucoup de, et il y a des médecins qui se plantent complet en disant « Il faut faire ci, il faut faire ça », mais ils perdent leur temps, s'ils ne savent pas à quel [stade], s'il est en aspect pré-contemplatif, contemplatif, etc. Donc ça c'est un premier diagnostic qu'un médecin doit avoir. Et ça me paraît une base mais nécessaire, pour toute la médecine ! Ce n'est pas uniquement pour ça. **CP** : D'accord. Sauf que vous avez l'air d'être formés, de savoir faire. **M7** : A un moment donné, ceux qui sont là...

M8 : Mais moi je me rends compte qu'effectivement elle doit dater d'au moins trois ou quatre ans et qu'une piqûre de rappel c'est toujours bon.

M7 : Il faut un petit retour. **CP** : D'accord. Donc c'est quelque chose à laquelle vous pourriez vous plier. **M8** : Ah oui. **M7** : C'est très compliqué, très compliqué. Intégrer ça, intégrer...

M9 : On doit être de profession étudiante. Vous allez l'apprendre. Moi j'ai fait la formation principale.

M6 : Des cas cliniques. **M7** : Bien sûr. **M6** : Il faut faire des cas cliniques. Des jeux de rôle. **M7** : [Stade 1, 2, 3] (*compte avec ses doigts*), j'ai tout oublié.

CP : Alors on va... j'ai proposé, allez, un bilan de votre expérience. Alors je sais que ça ne fait pas longtemps (*regardant M8*) (*rires*). Mais vous nous avez dit en vous présentant que vous étiez, vous aimez le sport, enfin vous êtes sportive, ...

M8 : Oui. **CP** : Oui, je suppose, vous-même. Vous avez fait votre test ? **M8** : Oui, et j'ai été très déçu de mon résultat.

(*Autres : rires*)

M8 : Parce que, effectivement, on est cinq heures assis sur une chaise au boulot, **CP** : Ça nous plombe. **M8** : Et que j'y vais en voiture avec trois enfants, et que je n'ai pas, voilà, mais bon. **CP** : Et en retour, comment vous vivez, comment vous sentez par rapport à ce projet ? On a déjà eu des retours un petit peu tout à l'heure par rapport à ce projet, on disait que ça avait modifié un peu votre façon déjà de marcher, de bouger dans la vie. **M6** : Ah bien, avec M5, c'est rigolo, parce que avant de se lancer là-dedans, jamais, mais moi j'étais en voiture tout le temps ! Et depuis c'est vélo et marche à pied. Alors c'est fou, j'ai inversé totalement.

CP : Avec trois enfants c'est dur. **M8** : J'habite en haut, et je descends et je bosse en haut. (**M7** : rires)

M8 : Donc l'été ça marche sans enfant, mais je pense au vélo électrique à des moments, j'y pense.

M6 : Moi j'ai... c'est le cadeau de ma femme.

M9 : Moi je l'ai déjà. **M8** : Mais je ne l'ai pas encore. **M7** : Moi je l'ai dans le garage.

(**M8** : rires) **M7** : Mais je ne le sors pas depuis un petit moment. **M9** : Moi je viens à pied au travail.

CP : Et donc qu'est-ce qui vous motive dans cette expérience ? Pourquoi êtes-vous volontaires ?

M7 : C'est Pierre. **CP** : C'est

Pierre. **M7** : Ah, c'est Pierre.

(rires)

CP : Non mais il faut dire les choses très franchement. **M8** : Parce que moi c'est mon ..., je fais beaucoup de marche en montagne, le peu de temps que j'ai, et pour moi c'est mes meilleurs moments de ma vie, pour moi c'est une ouverture pour les patients. La nature, la marche, enfin c'est essentiel... **CP** : Oui, en plus, Chambéry, ... ce n'est pas Villeurbanne. **M8** : Moi je dois expérimenter sur moi-même les bienfaits du sport pour pouvoir les prescrire avec conviction. Voilà.

(**Autres** : rires) **CP** : Est-ce que vous avez des choses à ajouter, qui vous... ? **CR** : Les modalités de la prescription sur ordonnance.

CP : Eh bien si, on l'a entendu tout à l'heure. Vous ne prescrivez pas forcément. Il y en a qui prescrivent sur ordonnance ; vous l'avez mis dans le logiciel ?

M6 : Moi j'ai, c'est marrant parce que, un petit détail, mais je suis hyper concerné là-dedans, mais quand j'ai un patient qui vient, c'est sa pathologie qui prime, et j'oublie complètement ! C'est le comble ! Je suis tellement pris par son truc, je suis tellement à l'écoute de son problème qu'il repart, je me dis « Eh bien je n'ai même pas pensé à... ».

M8 : Non mais c'est ça.

M6 : C'est fou ! Et là il me faut une journée entière et je me dis « Mais c'est dingue, je n'ai pas pensé une seule fois aux prescriptions. ». Voilà. Donc ce n'est pas évident ce projet, il n'est pas rentré encore dans nos réflexes de médecin, de prescrire. Voilà. **CP** : Est-ce que vous avez un avis sur la place des autres professionnels de santé dans la prescription de l'activité physique ?

M7 : Oh bien oui, bien sûr. **CP** : Par exemple ? **M7** : Le kiné, la diététicienne, ... oui !

CP : Et alors quelque part, le kiné, qui voudrait prescrire à quelqu'un qui est un peu pathologique, il faudrait qu'il vous l'envoie pour un certificat ? Cela vous convient ? **M7** : Le certificat, c'est qu'il couvre plein pot, ça ne sert à rien. **M6** : Disons, c'est que, oui, pour, effectivement, c'est là-dessus.

CP : Non, mais on a tous des certificats...

M7 : Il n'y a aucune contre-indication à la marche ! **M8**

: Pour le yoga, ... **M7** : Non, je veux dire, ça il faut arrêter, il faut arrêter. **M6** : Je ne sais pas.

M7 : Ce que tu disais (M8), je suis assez d'accord : il y a des délégations, il faut qu'on délègue. Il ne faut pas que tout passe par le médecin.

M6 : Oui, alors oui, mais alors il y a toujours cet éternel problème de la responsabilité. La responsabilité de la prescription. **M8** : On ne leur conseille pas forcément faire de la boxe ou du saut en parachute ! **M7** : Exactement.

M8 : Pour moi c'est de la marche. **M6** : Non, je parle pour les infirmiers, les kinés, les diététiciens, etc, leur prescription, eux. Je ne sais pas où on en est dans notre pays, si tu veux. A la limite, je sais qu'un médecin prescrit, mais qui, aujourd'hui, dans notre pays, qui est autorisé à prescrire sauf s'il est délégué, parce que l'ophtalmo a dit à l'orthoptiste que tu peux, que la sage-femme peut prescrire des contraceptifs parce qu'elle est sous la tutelle du gynéco. Mais je vais dire...

M9 : (...) morale.

M6 : Oui. Mais ce que je veux dire, oui, voilà. Jusqu'où ça va, tout ça ? Parce que c'est en train de tout bouger. Peut-être que c'est bien. Mais...

M9 : Il y a un cadre légal, tu veux dire. **M6** : Ce cadre légal et éthique de responsabilité, ça c'est une question. Voilà. Ça nécessiterait... Moi je suis prêt à ouvrir, mais voilà. Parce que s'il y a un problème de parapluie, qui est le responsable ? Le médecin. Eternellement le médecin. Toujours le patron, le chef.

(**M7** : Rires)

M6 : Enfin le chef, j'entends par là c'est-à-dire sur le plan juridique, qui trinque, c'est celui qui est au-dessus. C'était « responsable mais pas coupable ».

M7 : Mais tant qu'on prescrit, enfin moi je ne suis pas contre. On prescrit des conseils, les mêmes conseils qui sont marqués sur les affiches, qui sont répétés dans les spots télé en bas, oui, c'est écrit tout le temps la même chose ! On dit « Cinq fruits et légumes par jour », et puis ça ne sert à rien !

M6 : Alors oui, alors là non, M7, alors. **M7** : C'est « trente minutes de marche trois fois par semaine », nous c'est tous les jours.

M6 : C'est, oui, attends.

M9 : C'est pour ça qu'on a besoin de l'alliance thérapeutique.

M6 : Attends M9. Parce que, ici, dans 98% des cas, M7 a raison. Mais dans les 2% des pathologies où il y a un accident, parce qu'il a une maladie cardiovasculaire, etc, et puis le kiné dit « Allez-y ». Qu'est-ce qui se passe ?

M8 : Oui, mais, enfin (écarte et lève les bras). **M6** : Voilà. S'il me colle un procès. Schumacher, par exemple, là, il faut voir un peu la station de ski. **M9** : Ecoute, sinon on ne pratique plus la médecine. Voilà.

M6 : Comment ?

M9 : La médecine, comme toute profession, la profession a un risque. Si on prend ce risque, on ne pratique plus.

M6 : Attends, je te dis un truc.

M9 : Je prends beaucoup de risques dans la profession.

M6 : M9, j'entends ce que tu dis. Si par exemple c'est un kiné qui disait à Schumacher « Faites du ski ». La famille va se retourner contre le kiné en disant « Mais écoutez, ... » **M7** : Là, ce n'est pas « Faites du ski ».

M9 : Sa pratique c'est de faire du ski hors piste.

M8 : Là, c'est « Vivez ».

M7 : Là c'est « Comment vous voyez, qu'est-ce que vous pensez que vous pouvez faire comme exercice physique, qui vous fasse plaisir, qui ne soit pas une contrainte, quelque chose que vous vous sentez capable de faire. Est-ce que vous avez besoin d'une aide, justement, pour vous aider à faire une démarche que vous avez du mal à faire ? ». C'est tout !

M6 : Ça c'est le bon sens. **M7** : C'est ça, notre boulot, ce n'est pas « prescrire » ! C'est « inciter à ». **M6** : M7, oui, c'est vrai, mais ça c'est intéressant. **CP** : On sent le passionné.

M6 : Ce que dit M7, c'est valable dans 98 ou 99% des cas. Mais c'est le 1% qui est emmerdant. **M7** : Oui, mais si on touche 98% des gens dans notre affaire, on sera très bons ! **M6** : Oui, mais moi, ma question, c'est sur le plan juridique, c'est toujours le 1% qui emmerde tout le monde. Et là on a une responsabilité, et ça se retourne contre nous, et on en prend plein la gueule, voilà. C'est ça ce que je veux dire ! Et sinon je souhaite ce que dit M7 soit vrai pour 100%. Voilà le problème, ce n'est pas toujours le cas.

CP : Donc quand même, ce fameux certificat, ça pose quand même un petit peu souci, et c'est vite un débat en responsabilité. Et ce serait quand même bien qu'on soit aidés par les pouvoirs publics par rapport à ça ? **M8** : Moi, les certificats, effectivement il y a la responsabilité, mais ce qui m'embête dans faire sauter ce certificat, ce sont tous ces enfants qu'on ne voyait qu'une fois par an, on ne va plus les voir. **M7** : Oui, mais c'est là c'est la consultation de prévoyance.

M6 : Voilà, voilà.

M8 : Oui, mais ce certificat, pour moi, il n'est valable que pour ça. Après, c'est sûr qu'on écoute le cœur, on fait des électros assez régulièrement, mais bon. **M6** : C'est intéressant, parce que c'est ce qu'on appelle l'effet collatéral.

M7 : On est bien d'accord.

M6 : C'est intéressant. On est plus intéressé par l'effet collatéral que... (**M9 s'est levée avec ses affaires et est prête à partir.**) **M8** : Oui, mais évidemment ! C'est encore ce que j'ai vu chez une [jeune] de 29 ans. (...) Elle ne venait jamais ! Jamais.

CP : Alors, ben écoutez, est-ce que vous avez quelque chose à dire ?

(**M6 et 8 se sont levés.**) **M7** : Oui, on se barre (rires). **CP** : Non, par rapport à l'expérience !? Eh bien c'est nous qui vous remercions. C'est toujours riche. Là on a terminé, merci. Je voulais juste quand même vous rappeler que le certificat de sport est obligatoire pour avoir une licence dans une fédération et pour faire une compétition. Pour tout le reste, il n'est pas obligatoire.

Tous : Merci beaucoup. Au revoir. **CP** : Et bien merci d'être venus. Au revoir. **Frein exprimé par M8** (mail reçu quelques jours suivant le focus-group) : se faire voler son vélo. C'est ce qui est arrivé à un de ses enfants.

Bilan de l'expérimentation du 11 juin 2014

Légende BJ = Bernard

Jacquot CA = Corentin

Ami CR = Carine

Reinert GD = Gwenaël

Dodier LP = Lucile

Peynot SZ = Sylvie

Zenou

M1, M5, M6, M7, M8, M9 = médecins déjà présents aux focus-groups (numérotation identique)

M10 = médecin de l'expérimentation non présent aux focus-groups

Idées échangées avant le débat, dans l'ordre chronologique **M7** : Il faut sensibiliser les accompagnants, les infirmiers, ... à l'activité physique. (...) Les pharmaciens rigolent quand ils voient la prescription d'activité physique sur l'ordonnance médicamenteuse. **M10** : Il faut s'adresser à la mairie pour obtenir des aides financières.

M7 : Les dépressifs refusent souvent de faire de l'activité physique. Pour eux la prescription est l'autorisation et l'encouragement à sortir. (...) La prescription écrite est bonne car on explique ce que l'on écrit. Une prescription large n'est pas forcément efficace. Elle pourrait avoir le même effet qu'une affiche qui n'est pas vue par le patient. Il faut rester modeste et ne pas avoir un objectif trop grand. **M9** : L'affiche est intéressante lorsque les patients sont longtemps en salle d'attente et ont le temps de la découvrir, mais si on est à l'heure, l'intérêt est plus limité. **M10** : C'est difficile de motiver le patient. L'absence de temps pour pratiquer de l'activité physique est une excuse, la vraie raison est plutôt l'absence de motivation. (...) A l'hôpital, les patients ont une affiche au pied de leur lit depuis quinze jours : il faut qu'ils bougent ! (...) Le médecin devrait déléguer la réalisation du bilan à un médecin spécialisé qui y consacrerait une consultation dédiée.

M7 : La consultation dédiée pourrait être réalisée par une IDE ou par des professionnels paramédicaux.

M1 : Attention, en libéral, les IDE sont aussi pris par le temps.

M7 : Sur une ordonnance médicamenteuse comportant plus de cinq médicaments, une phrase pourrait apparaître : « Votre traitement peut être diminué par la pratique d'activité physique ». Pour éviter de faire une prescription avec les problèmes médico-légaux qu'ils entraînent, le médecin pourrait noter un conseil d'activité physique : « Votre médecin vous conseille de ... ».

Médecin non identifié : Il faut encourager la pratique de 30 minutes d'AP en extérieur, ou de vélo d'appartement les fenêtres ouvertes.

M5 : La prescription se situe à deux niveaux : un niveau très large pour le tout-venant, un niveau plus restreint avec les patients à risque très déconditionnés. Il faut deux types d'outils différents pour ces deux types de patients. **M1** : Les deux niveaux existent et existeront, ce sont les parcours A et B.

M7 : Il existe un impact financier et économique à faire bouger les inactifs. C'est un argument à avancer pour créer un score de sédentarité.

Débat sur l'évolution des difficultés de prescription des médecins

M6 : Depuis qu'on est un petit peu pas « alertés » mais plus ou moins concernés par l'intérêt de ce projet, combien, indépendamment des fiches que le département reçoit, combien de prescriptions sur ordonnance on a faites avec de l'activité physique ?

M10 : Moins de 10. **M6** : Alors toi moins de 10. Alors moi c'était, c'est 25 à peu près, dans ces eaux-là. Je ne suis pas très fier, 25, ce n'est pas terrible sur... Alors M10, donc, moins de 10.

M10 : Moins de 10.

M6 : Toi, M5 ? **M5** : Moi je dirais une vingtaine à l'écrit, et alors après en conseils... **M6** : A l'écrit, à l'écrit.

M5 : En conseils, plusieurs dizaines, mais à l'écrit une vingtaine à peu près et une quinzaine dans l'expérimentation. **M6** : Plus une quinzaine ... **M5** : Dont une quinzaine dans l'expérimentation. **M6** : Dont une quinzaine. Et toi, M1 ? **M1** : Moi j'en ai fait, dans l'expérimentation, j'en ai fait 14. **M6** : Oui.

M1 : Euh je pense que j'en ai fait à peu près... entre 20 - 25 prescriptions mais qui n'ont pas fait suite...

M6 : Oui mais tu les as prescrites. **M1** : ... qu'ils n'ont pas après envoyées mais je les ai prescrites. Et sinon des conseils, beaucoup plus. **M6** : Et toi, M9 ?

M9 : Euh, entre 30 et 40 (...) **M6** : A la louche. Entre 30 et 40. **M9** : Entre 30 et 40.

Je n'ai jamais compté. **M6** : M7 ?

M7 : 7. **M6** : M8 ? **M8** : Euh, je pense une quinzaine dont une douzaine dans l'expérimentation.

M6 : C'est intéressant parce que quand on regarde le taux de gens qu'on voit depuis fin janvier, ce qui correspond à janvier, février, mars, avril, mai...

M8 : Mai, bémol, je pense ne rien voir fait, enfin ça, ça correspond à un mois, et je n'ai pas repris après les vacances de février, enfin il y a un moment donné où j'étais à fond, et puis derrière, plus rien.

M6 : Ah oui, ah oui.

M8 : Enfin j'ai cette sensation, depuis un mois, de ne plus rien... Non, on a changé de logiciel, et ça m'a fatigué énormément. Cela fait 4 mois où j'ai du retard, je n'ai jamais eu autant de retard dans mes consultations depuis qu'on a changé de logiciel, des demi-heures, trois-quarts d'heure, ça me rend folle, donc voilà. **M6** : Oui parce que voilà, c'est une première chose, ça prend du temps, ça prend du temps, et quand on est à la bourre, et bien on a un truc supplémentaire qui n'est pas obligé alors qu'en fait il est hyper important, mais on n'en a pas la mesure actuellement encore.

M8 : Oui mais moi je, quand on y pense, on fait pfffffffffff...

M1 : Oui mais ça prend du temps parce qu'il y avait ces fiches à faire remplir, à montrer, à dire : « Vous ne voulez pas donner votre mail ? Bon ben donnez votre téléphone ». C'est ça qui prenait du temps ! Sinon prescrire et expliquer, ça prend moins de temps. Ça c'était à cause de l'expérimentation.

M6 : Alors s'il y en a qui sont intéressés, ce serait de voir après, après une période de cinq mois, de six mois, et comme il n'y a plus maintenant d'expérimentation, on se fait un petit truc et puis après éventuellement je vous passerai un petit coup de fil, pour voir si vous faites un peu plus ou pas, et comme ça on est plus libre.

M8 : On peut toujours donner le numéro de Lucile ou pas ?

M6 : Ah ben oui, bien sûr. (*Brouhaha général : Mais l'expérimentation est finie !*)

GD : Vous pouvez donner le conseil, et puis vous pouvez toujours donner la plaquette de l'offre, et pour les associations sportives qui sont ouvertes l'été et qui reprennent après, et nous au niveau de la Mobilité, du coup vous pouvez toujours envoyer sur la Vélo Ecole et sur Mobil Conseil.

CA : Juste une petite précision par rapport à ça, Lucile finit son stage vendredi de cette semaine. Donc tous les patients vont être contactés, moi j'essaierai de faire le lien avec les patients et de pouvoir renseigner ceux qui sont déjà rentrés dans l'expérimentation et qui ont plus ou moins déjà été contactés par Lucile notamment dans le parcours 3, j'essaierai de faire un suivi avec eux, s'ils nous sollicitent. Durant l'été je n'aurai pas le temps de recontacter chacun et savoir où ils en sont pour les booster un peu dans l'activité. Après, l'objectif, c'est quand-même qu'à la rentrée il y ait une personne dédiée qui reprenne ce travail-là, pour continuer à accompagner les patients dans l'activité. Donc là, durant l'été, il y a, enfin, moi je n'ai pas la capacité d'assumer de nouveaux patients sur le parcours 3 et de les accompagner dans ce dispositif-là. Comme le disait Gwenaël, après il y a l'offre qui fonctionne, peut-être moins pour certains, peut-être toujours autant que le reste de l'année, en tout cas il n'y aura pas de conseils individualisés durant l'été. **BJ** : C'est le parcours 3 qui se retrouve en panne.

CA : ... en sommeil.

BJ : Sinon les deux autres parcours peuvent tout à fait continuer de fonctionner.

GD : Par contre, quand vous renvoyez sur l'offre, précisez bien au patient qu'il explique qu'il vient dans ce cadre de 30 minutes sur ordonnance.

M6 : Voilà. **GD** : Qu'on puisse avoir un suivi. Des fois ils viennent avec la plaquette, si vous donnez la plaquette, ou au moins qu'ils le mentionnent. **CR** : Autrement j'avais quelques petites questions par rapport au débat. Notamment est-ce que vous avez changé de mode de fonctionnement par rapport au moment des focus-groups, par rapport aux tests de Ricci et Gagnon, est-ce que vous les avez changés d'endroit, est-ce qu'il y a eu des changements ... ? **M1** : Ah oui oui, moi je les ai mis, j'en ai laissé un ou deux en salle d'attente mais je les ai mis... **CR** : Sur le bureau. Et ça a marché mieux ?

M1 : Et ça a marché mieux. **CR** : D'accord. Et pour les autres, c'était à peu près pareil. **M5** : Moi je n'ai rien changé, j'ai juste essayé de reparler avec la secrétaire, mais vu qu'on déménage, on a d'autres choses à faire. C'est resté au même endroit.

CR : D'accord. Et dans vos astuces d'adhésion, est-ce que vous avez changé vos manières de faire ? Quand on parlait de la prescription en deux temps, et que vous laissez rentrer le patient avec l'information... ? Quand vous parlez de votre propre pratique, ce genre de choses ? Y a-t-il eu du changement ?

M7 : Moi j'ai dit la dernière fois que, comme je termine un peu ma carrière, j'ai surtout vu certains patients chroniques, qui voulaient me revoir de manière serrée, donc je savais que j'allais les revoir dans les six mois deux ou trois fois, donc ils me rapportaient le papier. **CR** : Et pour ceux qui ne faisaient pas comme cela, il n'y a pas eu de changement d'attitude. Et dans le suivi, est-ce que vous avez revu vos patients ? ... Non.

M5 : Très peu. Ça rentre petit à petit, mais j'en ai revu très peu, et ils n'avaient pas encore beaucoup bougé par rapport à ça.

CR : Donc c'est un démarrage un peu lent. **M5** : Oui, un peu, oui. Ils sont toujours intéressés, mais ils ne sont pas encore... **CR** : ... prêts à faire les choses. Et est-ce que vous avez déjà eu plus de contact avec l'offre non plus ? Par rapport aux réunions des focus-groups ? Non, d'accord, OK. Est-ce que vous avez d'autres remarques ?

M8 : Moi j'aurais envie de faire la remarque, je me disais que si on place un jour ou l'autre les malades sédentaires et les malades autres, j'aurais envie de dire que l'éducation, ce n'est pas vraiment à nous médecins de la faire. L'information, pour moi, elle se fait énormément par les médias et par l'école, et c'est vraiment par ces deux biais-là qu'on peut toucher tout le monde. « Les antibiotiques, ce n'est pas automatique », c'est les médias ! (...) Quand on disait que les mamans qui sont à la maison ne sortent pas faire du sport, si [pour] leurs enfants il y avait une information « Eh bien oui, maman doit faire du sport », et que eux pouvaient poser la question [« Pourquoi doit-elle faire du sport ? »], cela ouvrirait des champs beaucoup plus importants. **BJ** : Oui, c'est clair, c'est d'autant plus nécessaire qu'on constate depuis deux ou trois ans que le taux de pratique [de l'activité physique] baisse, notamment chez les grands ados. Il y a une baisse de l'activité physique.

M8 : Une baisse du QI aussi. C'est la première fois.

CA : C'est corrélé. **M8** : Je ne sais pas. A chercher, peut-être. (*Tous : rires*)

M5 : Si si, il y a une étude qui montre qu'il y a une corrélation entre activité physique et QI. **M8** : Ce n'est pas étonnant. **LP** : Je voulais juste vous poser une question. Est-ce que vous avez pu lire les newsletters qu'on vous a envoyées ?

M1 : Ah non, pas du tout. (*Des médecins cachent leur visage derrière leurs mains*) **LP** : (*Rires*) Il ne faut pas se cacher, ce n'est pas grave ! Mais je me demandais. **M8** : Non non non, je ne les ai pas reçues. **M1** : Combien de fois on en a reçus ?

M5 : Deux ou trois fois ?

M7 : Moi j'en ai vu deux.

M5 : Oui deux. **M6** :

Deux. C'est ça.

LP : Mais vous les avez reçues quand-même. **M5** : Ah oui oui, en même temps que 25 mails. **LP** : D'accord. [On a mis dans les newsletters] des informations sur le projet. On a mis en place cette idée, cet outil, on s'est dit que ça allait peut-être vous créer une dynamique aussi, une piqûre de rappel, faire en sorte que vous puissiez prescrire davantage pour qu'on puisse atteindre notre objectif. (...) Alors moi je me demande quel est le moyen de communication le plus adapté pour pouvoir vous joindre ?

M8 : Le SMS. **M7** : Oui, comme avec les infirmières. **M8** : Tout est bien avec le SMS.

BJ : D'accord, tous les soirs : combien de prescriptions aujourd'hui ? (*Rires*)

M1 : Non...

BJ : Pour un conseil, pour un conseil, pardon.

M8 : Non non. Par les mails, ce que je disais, c'est que dans l'association des parents d'élèves de l'école, on s'aperçoit que personne ne lit les mails. Avec toutes les informations, enfin, c'est l'horreur !

M6 : Non mais attends, il y en tellement !

M1 : Pour les mails, même s'il n'y a pas beaucoup de choses, s'il faut ouvrir, ce n'est pas ...

M6 : Ah, ça c'est intéressant. Un petit message bref...

M1 : Un message bref aussi. **M6** : ... et pas de pièce

jointe. **M8** : Et même le courrier, ce n'est pas évident.

BJ : Non mais la lettre n'était pas en pièce jointe, elle était dans le corps du mail.

LP : Non, elle était en pièce jointe. **M6** : En pièce jointe. Les

newletters étaient en pièce jointe. **BJ** : En pièce jointe ? **LP** :

Elles étaient en pdf... En SMS. D'accord. **M6** : Non, ou alors en

mail court. **BJ** : Ou dans le corps du mail directement, c'est

faisable. **CA** : Non mais ce n'est pas bref. **LP** : Ce n'est pas bref,

c'est imagé. **BJ** : Non mais tu te débrouilles, tu n'as pas une

pièce à ouvrir. **M8** : Il faut que ce soit ludique, qu'il y ait plein

de couleurs.

M6 : Oui, c'est ça. C'est ludique et plein de couleurs, mais c'est en pièce jointe. Et donc ce qu'il

faudrait, est-ce que ça peut-être ludique et plein de couleurs, sur le corps-même du mail ? Ça passe ?

LP : Corentin ?

CA : Oui, ça doit être faisable.

M6 : Je me demande si ça... tu regardes, parce que tu n'es pas obligé de prendre sur le trombone, là, pour...

BJ : Oui oui, effectivement, ça se fait de le mettre dans le corps du mail.

M7 : Moi je lis sur le PC.

M6 : Moi j'ai tout essayé.

M5 : Sur le téléphone, du coup les pièces jointes, moi c'est un peu lourd. Sur un ordinateur, les pièces jointes, on peut les avoir. Après, bon, j'aurais tendance à dire, c'est un peu de ma faute ! Je les ai lues, mais alors en diagonale, et voilà ! Après ça dépend, c'est comme tout ! La motivation est retombée par moments, parce qu'on est pris dans plein de choses ! Sur les phases d'après, le lancement c'est hyper important ! Démarrer en janvier, on a la tête sous l'eau, ce n'est pas le meilleur moment. Même pour les gens, démarrer une activité, il faut être motivé, motivable ! Là, sortir... !

M1 : Septembre !

M5 : Oui, septembre, ou même là, déjà, il fait beau. **M8** : Juillet août,

finalement. **M5** : Juillet août, quand tu pars de l'école, quand tu ne

travaillais pas. **BJ** : A partir du printemps, quand tu as envie d'aller

dehors.

M5 : Je pense aussi que l'effet boule de neige, ça marche carrément. Les gens, s'ils voient une secrétaire arriver en vélo, ils vont aussi arriver en vélo.

M1 : Moi tous les patients à qui j'ai fait le test et il y a certains que j'ai fait rentrer dans l'étude, je leur ai dit « En juin l'étude va se finir », donc je leur ai coché sur le test, en petites flèches rouges, je leur ai dit « Là il faut faire des efforts, et je vous revois tous » Et normalement je les revois tous, il y en a que j'ai déjà revus en juin, et je reprends le test, je refais le test avec eux en juin. On verra s'ils

viennent tous ! En tout cas je fais comme ça. J'ai vu avec eux « Là vous pouvez faire quelque chose, remonter le score. »

M5 : C'est intéressant d'avoir une échéance, une date butoir, quelque chose qui rappelle un petit peu, et puis l'envie d'augmenter son score. Le test n'est pas très bon, il est discutable, c'est juste une porte d'entrée pour discuter. Mais par contre ceux qui se prennent au jeu ils ont envie d'améliorer leur score.

M10 : Moi j'ai rencontré un pneumologue qui fait quelque chose de pas mal, à la plupart de ses patients il leur fait acheter un podomètre. Tu vas à Décathlon, ça coûte cinq euros. Il leur fait relever ça, et il ne leur dit rien d'autre. Et c'est souvent les gens qui discutent en famille, les gens regardent, ils posent des questions « Ben tiens je vais essayer de prendre ça, j'ai fait 6 000 pas, Docteur, qu'est-ce que vous en pensez ? ». Mais bon, lui ne l'interprète pas, il dit simplement [de l'acheter], et en fait il constate simplement que petit à petit les gens se prennent au jeu et petit à petit ils essaient d'augmenter. Ils vont même sur internet, ils regardent « Tiens, c'est [tel score], c'est moins de 10 000 pas, eh bien tiens, si... ». Le coup du podomètre, c'est aussi pas mal parce que... **BJ** : Oui, c'est vrai que je crois que c'est une bonne idée. **M10** : Je pense que c'est quelque chose qui peut être intéressant, ça donne un repère au patient. Le vélo, le compteur de vélo, c'est autre chose, mais la marche à pied c'est quand-même ce qui est à la portée de tous nos patients. Et le podomètre ça peut leur donner des repères.

BJ : Oui, c'est vrai.

M10 : Après il ne faut pas leur donner des marches, il ne faut pas leur dire « Il faut faire plus de 1000 pas » parce que sinon ils vont être découragés. Il faut seulement leur demander qu'ils relèvent régulièrement [leur nombre de pas] sur un carnet ou sur un papier ou sur un tableau Excel ou un tableau comme ça (ceux qui utilisent le tableau Excel ils faisaient des relevés de ça chaque jour). Il y a des gens pour qui ça peut être des éléments de motivation. **M7** : On parle de podomètre, de CO testeur et autres mesures... (Rires)

GD : La conseillère en Mobilité de Mobil Conseil, quand elle intervient, elle fixe avec le patient, ensemble, un objectif à atteindre en trois mois. Et ensuite elle propose qu'ils se revoient au bout de trois mois pour voir ce qui a marché, ce qui n'a pas marché. Il faut fixer un objectif.

M10 : Ça c'est vrai que ça prend du temps, parce qu'il faut revoir le patient, il faut voir quels sont ses projets, ce qu'il estime faisable et réaliste chez lui. Quand tu fixes ça, il faut que ce soit réaliste, et que tu penses qu'il va l'atteindre, parce que si tu penses que c'est trop difficile de pouvoir l'atteindre, c'est plutôt démotivant. Ce n'est pas toujours facile à trouver ! Ça prend quand-même du temps.

CR : C'est vrai que [le suivi à] trois mois, c'est aussi ce qui se fait par exemple à Toulouse. Je vous parle de cette expérimentation parce qu'effORMip est quand-même une expérimentation à l'initiative de beaucoup d'autres expérimentations par la suite, et eux ils font effectivement un suivi tous les trois mois.

M10 : C'est la devise des 3T à Toulouse ! **CR** : Mais c'est vrai que mettre un timing peut être intéressant. **BJ** : OK, bien. Effectivement il y a déjà plein d'idées qui sont ressorties, il faut qu'on réfléchisse à tout ça, et puis qu'on en tienne compte, parce qu'on rentre maintenant dans une phase de réflexion sur

« Comment poursuivre cette expérimentation » et « Comment prolonger, déployer, etc. ». C'est vrai que, au jour d'aujourd'hui, il n'y a rien de figé, rien d'arrêté, tout est sur la table. A nous effectivement d'arriver à donner forme à quelque chose qui puisse trouver une suite.

Poursuite de la présentation du bilan : le déploiement du projet

BJ : Aujourd'hui, ce que je retiens, c'est que le parcours 3 est en panne. Lucile n'est plus là, et puis du côté de la MRSS je pense que Pauline est aussi en fin de contrat. Par contre les parcours 1 et 2

restent parfaitement actifs Ceux-là ne posent pas de problèmes, que ce soit en Mobilité (comme tu l'as souligné Gwenaëll), l'offre club aussi, et la pratique autonome [qui fonctionne] forcément tout le temps. **M10** : Excusez-moi, si l'URPS ne vous soutient pas et discrédite des choses, ça va être difficile. **M6** : Oui, alors c'est en cours. C'est vraiment un accouchement très difficile. **M10** : Mais à mon avis c'est important que les syndicats et les politiques de l'Union vous soutiennent. **BJ** : Ah bien oui, clairement, c'est une condition. **M6** : Il y a sept missions à l'URPS, c'est quatre des sept missions. Mais il y a un blocage, et il va falloir que le blocage passe.

BJ : Je ne sais pas, vous savez sans doute mieux que moi comment lever le blocage ou passer cette étape.

M7 : Ceci dit, tu sais, cela n'empêche pas, tout de le monde ne prie pas au chevet de l'URPS. Donc je pense qu'on peut lancer des choses, ce sera repris par un certain nombre de personnes qui seront intéressées. Moi je ne ferais pas trop de prévisions sur l'implication de l'URPS dans cette affaire et sur l'influence de l'implication de l'URPS dans l'affaire. Le retentissement en tout cas sur les médecins n'est pas très important.

M6 : Oui oui, c'est vrai.

M7 : Il me semble plus intéressant effectivement de travailler avec un certain nombre de syndicats, même s'ils ne sont pas tous partants, au niveau des pharmaciens par exemple, si on doit les brancher là-dessus. Après il faut quand-même travailler les outils. Est-ce que ce sont les mêmes outils ? Quel type de diffusion de documents faut-il faire ? Que ce soit une infirmière, que ce soit un pharmacien, que ce soit une kiné... Car ce peut être intéressant aussi, le relai après des séances de kiné, le kiné qui dit « Eh bien voilà, ici sur le quartier, vous avez ça, ça ou ça ». On peut les motiver ! Je pense qu'il faut cibler un certain nombre de professions, on aborde les pharmaciens, on aborde les infirmières.

M8 : C'est pareil, les sages-femmes après les séances de rééducation.

M7 : Les sages-femmes, bien sûr. **BJ** : On pensait à la médecine du travail aussi. **M7** : La médecine du travail. Oui, bien sûr ! **BJ** : On ne peut pas tout embrasser d'un coup au départ, c'est sûr.

M7 : Je pense si tu veux, enfin je ne sais pas ton avis (*en regardant M10*), diffuser ça à l'ensemble des praticiens hospitaliers ?

M10 : Oui, ça peut se faire !

M7 : Après c'est peut être un genre d'outil à diffusion, à mettre sur les banques d'accueil et à ce moment-là à sortir à 100 000 exemplaires ! Mais là il faut essayer de trouver un outil adapté, aussi déjà le message de base « Inactif ».

BJ : C'est vrai qu'on a pas mal de travail à faire pour perfectionner les outils de communication, notamment à mettre en évidence pour le médecin d'une part, pour le patient d'autre part, les intérêts de cette affaire-là. **M8** : Mais qui fait les outils et avec quel financement ? Ce n'est que du bénévolat, tout ce que vous avez fait jusqu'à présent ? Parce que, à un moment donné...

(...)

M6 : C'est 70 réunions.

M8 : C'est ça. C'est bien gentil, à l'heure actuelle c'est super, bravo ! Je suis dubitative parce qu'il y a plein de gens qui sont payés pour faire des projets qui sont moins marquants que celui-là.

(...)

M8 : Parce que tous les outils, pour les kinés, pour ... Qui concrètement va les faire, et après comment on diffuse ? Parce que les réunions, on en a trois – quatre par semaine si on veut toutes

les faire. Est-ce que dans ce cas-là il ne faudrait pas toucher MG Form sur une journée, pour essayer d'inciter [les médecins à entrer dans l'expérimentation]... ? Après les kinés, je ne sais pas quelles sont leurs formations. Tout ça, mais c'est vrai qu'à plus long terme, si on veut diffuser, à un moment donné le temps c'est de l'argent. **BJ** : Il faut des moyens, il faut du temps, des personnes qui suivent ce dossier. C'est clair. **M8** : Et si on veut avoir un impact, il faut d'emblée taper fort.

(...) **BJ** : C'est la bonne volonté de la CPAM [de la Savoie], avec son directeur général qui est très motivé sur le sujet, Guy Plattet. **SZ** : Et je pense que tant que le projet va rester local, puisque pour le moment il n'y a pas beaucoup de départements qui ont démarré... **M6** : On est le département expérimental de tout Rhône-Alpes, et ils attendent la suite. **SZ** : En tout cas nous, à la CNAM, on ne va jamais créer une cotation pour une consultation spécifique ou donner une rémunération aux médecins tant que ça va rester local à la Savoie. Il faut d'abord que ça s'étende sur toute la France.

M6 : Oui, c'est sûr. **BJ** : Oui bien sûr. **SZ** : Ils ne vont pas nous créer une consultation rien pour nous, c'est ça ce qu'il faut voir. (...)

M8 : On avait parlé à une des réunions éventuellement de traduire, au moins en arabe, en turc ou en portugais pour moi.

BJ : OK, d'accord.

M7 : Là ce serait intéressant de travailler le projet avec l'association « Bien lire et écrire », l'association qui nous a traduit des programmes d'éducation thérapeutique en arabe. **M6** : Il faudra trouver un crédit pour l'outil.

M7 : Si tu as un petit sou, ce serait sympathique.

BJ : Oui, c'est une idée, une bonne suggestion.

M6 : C'est une très bonne idée.

Reinert-Giraud Carine : Comment résoudre les difficultés de prescription de l'activité physique sur ordonnance ? Étude qualitative auprès de neuf médecins chambériens de l'expérimentation « Bouger sur prescription ».

Nbr : 186 pages, 15 tableaux, 12 figures.

Th. Méd : Lyon 2014 n°

Résumé :

Introduction : La pratique de 30 minutes d'activité physique par jour améliore la santé. Dans le cadre du plan « Sport santé bien-être », une expérimentation de prescription d'activité physique sur ordonnance à tous les patients vus en consultation a été mise en place à Chambéry en 2014. L'objectif de l'étude était d'identifier les difficultés de prescription des médecins et les solutions d'amélioration du dispositif, pour réussir l'élargissement de la prescription aux autres professionnels de santé à Chambéry et en Savoie.

Méthodes : L'étude qualitative de deux focus-groups en mars 2014 incluait neuf médecins volontaires participant à l'expérimentation.

Résultats : La difficulté principale était le manque de temps nécessaire à l'intervention de prescription à chaque consultation. Les médecins n'avaient pas l'habitude d'utiliser des outils de prescription, de suivi de l'activité physique et de l'entretien motivationnel, qui étaient parfois inadaptés. L'originalité et le caractère impératif de la prescription écrite les gênaient. La prescription d'une offre sportive était difficile car les médecins méconnaissaient les structures et les activités adaptées aux patients. Les médecins souhaitaient orienter tous les patients non autonomes vers un professionnel en activités physiques adaptées et impliquer tous les professionnels de santé dans la prescription.

Conclusion : Malgré les difficultés, les médecins étaient motivés par la prescription. Des pistes d'amélioration nécessiteraient des moyens financiers et organisationnels et des adaptations du projet. Le renforcement du dispositif local permettrait d'envisager son extension géographique avec sérénité et succès.

Mots-clés : prescription, activité physique, ordonnance, promotion, sport santé bien-être

Jury : Président : Monsieur le Professeur Laurent **Letrilliart**

Membres : Monsieur le Professeur Cyrille **Colin**
Madame le Professeur Marie **Flori**
Madame le Docteur Corinne **Perdrix**

Invité : Monsieur le Docteur Pierre Molina d'Aranda de **Darrax**

Date de soutenance : 7 octobre 2014

Adresse de l'auteur : 14 rue Parmentier, 38200 Vienne

E-mail : krine@alinto.com