



HAL
open science

Picard physicians' perspectives about the Legislative Decree on the physical activity prescription

F. Krim, T. Perwez, M. Gignon, P-H Brechat, Pierre-Marie Lepretre

► To cite this version:

F. Krim, T. Perwez, M. Gignon, P-H Brechat, Pierre-Marie Lepretre. Picard physicians' perspectives about the Legislative Decree on the physical activity prescription. *Science & Sports*, 2022, 37 (1), pp.37-44. 10.1016/j.scispo.2021.02.010 . hal-03619106

HAL Id: hal-03619106

<https://u-picardie.hal.science/hal-03619106v1>

Submitted on 22 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

PRESCRIPTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE EN MEDECINE GENERALE : POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS

Picard Physicians' perspectives about the Legislative Decree on the physical activity prescription

Titre court : Prescription médicale d'activités physiques en Picardie

Florent Krim¹, Thomas Perwez², Maxime Gignon^{3,4}, Pierre-Henri Bréchat^{5,6,7}, Pierre-Marie Leprêtre^{1,8}.

¹ Centre hospitalier de Corbie, Soins de Suite et de Réadaptation Cardiovasculaire, Association Picarde pour la Recherche en Réadaptation Cardaque, Corbie, France

² Université de Picardie Jules Verne, UFR de médecine, Amiens, France

³ Centre Hospitalier Universitaire Amiens – Picardie, pôle Préventions, Risques, Information Médicale, et Épidémiologie, Amiens, France

⁴ Université de Picardie, Centre de Recherche en Psychologie : Cognition, Psychisme et Organisations, EA-7273, Amiens, France

⁵ Université de Paris, Institut Droit et Santé – INSERM UMR S 1145 - Paris, France

⁶ Sciences Po, Chaire santé, Paris, France

⁷ Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Centre Cochrane Français de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, Paris, France

⁸ Université de Picardie, UFR-STAPS, unité de recherche Adaptations Physiologiques à l'Exercice et Réadaptation à l'Effort, EA-3300, Amiens, France

Auteur correspondant : Pierre-Marie Leprêtre, Université de Picardie, UFR-STAPS, unité de recherche Adaptations Physiologiques à l'Exercice et Réadaptation à l'Effort, EA-3300, UFR-STAPS, campus sud, allée Paschal Grousset 80025 Amiens cedex, France.

Tel : 33 (0)3 22 82 89 36

E-mail : pierre-marie.lepretre@u-picardie.fr

PRESCRIPTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE EN MEDECINE GENERALE : POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS

Picard Physicians' perspectives about the Legislative Decree on the physical activity prescription

Résumé

Objectif : les principaux objectifs de notre étude étaient d'évaluer l'impact de la publication du décret relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique (AP) adaptée prescrite par le médecin traitant sur l'attitude des médecins picards spécialistes en médecine générale (MG) vis-à-vis de la promotion de l'AP en consultation et d'identifier les facteurs perçus comme limitant la prescription sur ordonnance.

Méthodes : notre étude qualitative a consisté à la passation d'entretiens semi-dirigés auprès de MG libéraux établis sur le territoire picard de la région des Hauts-de-France.

Résultats : les entretiens ont été menés auprès 14 MG volontaires. Les principaux résultats ont montré que l'AP est un sujet abordé mais de manière superficielle. La démarche d'incitation à l'AP des médecins interrogés se limitaient à la dispensation de conseils oraux dans le cadre d'une prévention secondaire et tertiaire. Bien que persuadés du bien-fondé d'une pratique régulière, les MG regrettaient un manque de temps pour aborder le sujet de l'AP et un manque de connaissances scientifiques sur les bienfaits de l'AP. Par ailleurs, les avis sur le dispositif de prescription d'AP sur ordonnance étaient contrastés, les médecins mettant en avant un manque de lisibilité et de formation pour pouvoir être applicable en pratique.

Conclusions : le dispositif de prescription d'AP sur ordonnance ne semble pas consensuel. Les freins soulevés à l'incitation de la pratique régulière d'AP, qu'elle soit prescrite sur ordonnance ou dispensée sous forme orale, illustrent la faiblesse de la politique de promotion de la santé par l'activité physique.

Mots clés : promotion de la santé, politique, activités physiques, médecins libéraux.

Abstract

Objectives: the present study focussed on the impact of the French legislative decree on the physical activity (PA) prescription on the promoting PA during the doctor's consultation and the perceived criteria such limiting factors of the PA prescription for a liberal practitioners' population (MD).

Methods: this exploratory qualitative study involved semi-structured interviews in a sample of MD practiced their liberal activity in the Picard territory of the region Hauts-de-France.

Results: Interviews were carried out with 14 voluntary MD. All MD interviewed were limited to giving oral PA advice as secondary and as tertiary preventions. Therefore, the PA promotion remained often superficial and rushed. Although they believed in the health benefits of regular PA, all practitioners found that the medical consultation is too short and their scientific knowledge on the PA was insufficient to correctly promote an adapted PA. No consensus was found among respondents as to the legislative decree effect on promoting PA due to the gap of information and support assistance.

Conclusions: there seems to be no generally agreed upon the French legislative decree on the physical activity prescription. Perceived major barriers relating to the regular PA promotion, supplied on prescription or under oral advice, showed the weakness of promoting health policy by regular physical activity.

Key words: health, promotion, policy, physical activity, practitioner.

1. Introduction

Depuis 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que la sédentarité (i.e. adopter une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée) est une cause majeure de maladies non transmissibles et d'incapacités et que le manque d'activité physique (i.e. niveau d'activité physique inférieur à celui des recommandations de santé publique) peut avoir de graves conséquences pour la santé [1, 2]. **Lee et al. ont rapporté que l'adoption d'un comportement sédentaire et l'inactivité physique – i.e. un niveau d'activité physique inférieur à celui recommandé - étaient responsables d'environ 3,2 millions de décès au niveau mondial ; soit plus que le nombre de morts lié au tabagisme en 2008 [3].** Les problèmes de santé et le manque de productivité liés à l'inactivité physique seraient à l'origine d'une perte financière, à l'échelle mondiale, de 61 milliards d'euros en 2013 [4]. D'un point de vue sanitaire, dans le monde, et encore plus en Europe, éradiquer l'inactivité physique induirait une diminution de 6 (maladies cardiovasculaires) à 10 % (diabète de type 2, cancers du sein et du colon) des maladies chroniques et une augmentation de l'espérance de vie [3]. En France, Margaritis reportait qu'en 2016, il existait un décalage entre les recommandations édictées dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et le pourcentage de personnes physiquement actives dans la population française adulte et infantile [5]. Ainsi, d'après Duclos, présidente du comité scientifique de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité, 70 % de la population française serait sédentaire ; l'espérance de vie sans incapacité des moins de 55 ans diminuerait depuis 2006 malgré une augmentation de l'espérance de vie générale [6]. Ce constat pourrait s'expliquer par l'adoption par les enfants, dès leur plus jeune âge, d'un comportement sédentaire malgré une place de plus en plus prépondérante de l'activité physique dans les politiques de santé publique [7]. En effet, les résultats de l'étude ESTEBAN et du baromètre Santé, montrent une recrudescence de l'inactivité physique pendant les périodes de loisirs et d'activités professionnelles depuis plus de 20 ans [8, 9]. Ainsi, 80 % des adultes déclaraient passer au moins 3 heures devant des écrans hors de leurs activités professionnelles en 2015 contre 53 % en 2006, et moins de 25 % des enfants de 6 à 17 ans respectaient les recommandations édictées par l'OMS en matière d'AP. Tremblay et al. ont montré que les enfants passaient de plus en plus de temps devant les écrans au détriment de l'activité physique [10], comportement ayant un impact direct sur le niveau d'AP de leurs parents [11].

Définie par l'OMS comme « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques qui entraîne une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense énergétique de repos », l'activité physique ou AP comprend tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités professionnelles, des déplacements, des tâches domestiques et/ou des loisirs [1]. Depuis les années 1960, la mise en place de politiques publiques comme le Plan National Nutrition Santé (PNNS) promeut l'AP comme acte de prévention en santé [7,12]. Il semble cependant que la promotion de l'AP ne soit pas un axe fortement exploité par les praticiens spécialistes de médecine générale en première intention. En effet, comme le montrent les travaux de Scoatariu-Thiébaud, 1 patient sur 3 en surcharge pondérale déclarait ne pas avoir bénéficié de conseils concernant l'AP par son MG, les médecins n'abordant la question de l'AP que sur demande du patient [13, 14]. La reconnaissance, par l'instance de la Haute Autorité de Santé, de l'AP comme thérapie non médicamenteuse en 2011 a renforcé l'apparition d'actions locales de promotion de l'AP bénéfique pour la santé sous l'égide du label « sport sur ordonnance » [15, 16, 17]. La récente parution du décret n°2016-1990 réglementant la possibilité pour le médecin spécialiste en médecine générale (MG) de prescrire de l'AP sur ordonnance vise à renforcer la place du MG au centre du dispositif de promotion de la santé par l'AP [18, 19]. Toutefois, à l'instar des modèles de remboursement étrangers, l'absence de cotation, de temporalité de la consultation et de mise en place d'outils spécifiques d'évaluation de la condition physique restent préjudiciables à la promotion de l'AP comme de l'ensemble des actions de prévention [20-24].

Au regard des résultats des dispositifs déjà mis en place, nous pouvons nous interroger sur les effets de cette directive sur les actes de prescription de l'AP par les MG, notamment sur le territoire picard des Hauts-de-France qui a vu la mise en place et l'arrêt du réseau *Picardie en Forme*, malgré l'enracinement d'une forte mortalité prématurée de sa population du fait des conditions sanitaires et des habitudes de vie [16, 17]. En effet, le territoire picard est marqué par une espérance de vie (82,6 ans pour les femmes et 75,6 ans pour les hommes) bien plus faible que la moyenne nationale (84,2 ans et 77,3 ans pour les femmes et les hommes, respectivement), un taux de mortalité tout âge confondu (1020,8 personnes pour 100 000 habitants) supérieure à celui de la France hexagonale (892,8 personnes pour 100 000 habitants), dont un taux de mortalité prématurée évitable en Picardie de 89,3 contre 72,7 pour 100 000 personnes de moins de 65 ans en France. Enfin le taux de nouvelles admissions de patients en Affection de Longue Durée (ALD) reste également plus élevé que sur le plan

national (1997,0 contre 1926 pour 100 000 personnes) [19]. Les effets bénéfiques de la pratique régulière d'AP sur la santé, le bien-être physique, psychique et social de la personne étant unanimement reconnus, que l'AP soit pratiquée en prévention primaire, secondaire comme tertiaire [1], les principaux objectifs de notre étude sont donc 1) d'évaluer l'impact de la publication du décret relatif aux conditions de dispensation de l'AP adaptée prescrite par le médecin traitant sur l'attitude des MG vis-à-vis de la promotion de l'AP en consultation et 2) d'identifier les facteurs perçus par les MG picards comme favorisant ou limitant la prescription sur ordonnance lors de la consultation du patient.

2. Méthodes

Notre étude qualitative a consisté à la passation d'entretiens semi-dirigés auprès de MG libéraux établis sur le territoire picard de la région des Hauts-de-France entre mars et juillet 2018. La prise de contact a été effectuée de manière aléatoire par appel téléphonique aux MG référencés dans l'annuaire de l'UFR de médecine de l'Université de Picardie Jules Verne. Après l'obtention oral de son consentement à participer à cette étude, l'entretien était réalisé sur le lieu et à la date choisis par le MG volontaire. Le nombre de MG sélectionnés n'était pas défini à l'avance ; les entretiens étant réalisés jusqu'à saturation des données selon les principes de la théorie ancrée [25, 26, 27]. Notre guide d'entretien était constitué de 3 parties, visant à aborder 1) l'état des lieux des pratiques professionnelles en matière de prescription de l'AP, 2) l'analyse des facteurs favorisant ou limitant la prescription de l'AP en pratique clinique, et 3) la réflexion des MG sur le dispositif du « sport sur ordonnance ». Au total, 12 questions -3 par items plus 3 questions sur les caractéristiques du MG (sexe, années d'expérience et secteur d'exercice) - ont été utilisées pour diriger les entretiens. Si cela s'avérait nécessaire, la trame d'entretien pouvait être modifiée au fur et à mesure des passations [28]. Chaque entretien était enregistré par un dictaphone, rendu anonyme, puis retranscrit à l'écrit à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Word 2016, Microsoft®, Redmond, EU). Les entretiens ont été intégralement analysés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo 12® (QSR International, Londres, GB). Afin d'éviter les biais de préconception, une triangulation des données des entretiens a été réalisée par 3 expérimentateurs indépendants et initiés au traitement qualitatif des données. Les données ont été saturées à la suite de 14 entretiens. La durée moyenne des entretiens était de 18 minutes et 31 secondes, avec, pour le plus court, une durée de 11 minutes et 12 secondes, et le

plus long, une durée de 30 minutes et 34 secondes. **Ces entretiens ont été réalisés auprès de six femmes et huit hommes.** Au regard des études de Le Breton-Lerouillois et Rault et de Rican et al., les caractéristiques de notre échantillon semblent représentatives des données démographiques des MG implantés sur le territoire picard des Hauts-de-France, voir des tendances nationales [26, 29]. Ainsi, notre échantillon était composé de 43 % de femmes contre 41 % des médecins spécialistes en médecine générale de sexe féminin sur le territoire picard en 2015, 22 % de praticiens ayant une expérience professionnelle en médecine générale de moins de 5 ans (n=3) contre 14 % des MG picards en 2015, 50% depuis plus de 5 ans mais moins de 20 ans (n=7) et 28 % de notre cohorte ayant plus de vingt années d'expérience (n=4) contre 28 % des MG picards [29]. Près de 28 % des médecins interrogés déclaraient exercer en milieu rural (n=4), chiffre légèrement supérieur à celui retrouvé sur le plan national en 1999 (~21 %) contre 43% des individus de la population étudiée (n=6) exerçaient en secteur urbain et 28% en milieu semi-urbain (n=4 sujets) [26].

3. Résultats

3.1 Etat des lieux des pratiques professionnelles en matière de prescription de l'AP

Notre population affirmait, dans sa grande majorité, aborder oralement le thème de l'AP en fonction du motif de consultation, un MG avançait ne jamais l'invoquer, deux autres attendre que le patient en parle. L'AP est le plus souvent évoquée aux patients présentant une surcharge pondérale, des facteurs de risques cardiovasculaires, une ou plusieurs maladies chroniques, un syndrome dépressif, ou des douleurs rhumatismales, musculaires et articulaires dans une démarche de prévention secondaire ou tertiaire. L'apparition de certains symptômes ou l'augmentation brutale de la masse corporelle étaient souvent les événements déclencheurs qui permettaient d'aborder la question de l'AP avec les patients. Un médecin soulignait qu'il évoquait plus facilement les effets de l'AP chez ses patients atteints d'une maladie chronique car il voyait ces derniers plus régulièrement en consultation. Deux médecins avançaient aborder l'AP en fonction de l'âge du patient ; l'AP étant plus souvent évoquée chez les enfants et les quarantennaires que chez le reste de la patientèle. La prescription de l'AP restait surtout basée sur la délivrance de conseils oraux pour la quasi-totalité des médecins interrogés. Aucun médecin ne prescrivait l'AP sur ordonnance. Le discours d'incitation à l'AP des médecins interrogés se rapprochait des recommandations édictées par le PNNS, sans forcément le citer, et surtout, était adapté aux spécificités du patient : l'âge et la morphologie

du patient. Les conseils restaient donc d'ordre général. Si deux médecins déclaraient évaluer la charge pondérale par la mesure des dimensions corporelles, l'évaluation du niveau d'AP des patients semblait hétérogène, voire inexistant et surtout non basée sur des tests de la condition physique. Seule la moitié des MG interrogés déclarait demander à leurs patients s'ils pratiquaient ou non une AP. Quatre médecins essayaient d'obtenir plus de précisions, notamment sur la nature de l'activité professionnelle du patient, des pratiques de loisirs, du sport, compétitif ou non, et la fréquence de pratique physique hebdomadaire. La distinction entre sport et AP était rare, un médecin jugeant sa patientèle comme très sédentaire. L'évaluation du niveau d'AP des patients, quand elle était réalisée, était essentiellement fondée sur le déclaratif du patient en termes de nature de l'AP et/ou de la pratique sportive et de volume horaire de pratique physique hebdomadaire. Aucun MG ne recherche de pathologies à l'effort, ni ne prescrit d'épreuve d'effort.

Les MG interrogés se sentaient démunis de preuves scientifiques à présenter pour justifier des bienfaits de l'AP sur leur santé. Si les effets bénéfiques de l'AP sur la santé mentale et le caractère socialisant de la pratique physique régulière faisait cependant consensus, les MG jugeaient avoir des connaissances générales et insuffisantes sur l'AP, justifiant leur pratique superficielle de la prescription d'AP. **Pour les praticiens interrogés, la spécialité de médecine générale se voulant de plus en plus préventive, une plus grande place devait être attribuée aux bienfaits de l'AP dans le cursus de formation initiale des études médicales.** Les méfaits de l'inactivité physique et de la sédentarité étaient ainsi très peu abordés en consultation et la prévention par l'AP perçue comme appartenant au domaine de l'abstrait. Être ou devenir physiquement actif au quotidien était alors abordé suivant trois axes : le niveau d'AP induit par l'activité professionnelle, celui nécessaire aux déplacements – en insistant sur le fait de favoriser la marche et les transports non motorisés -, et l'AP intégrée aux activités de loisirs – en insistant sur le caractère agréable d'une AP librement choisie -. Le message adressé aux patients par les MG interrogés était d'intégrer de l'AP dans le quotidien par modifications des habitudes de vie. Ce message simple promouvait rarement une AP réellement adaptée aux capacités fonctionnelles du patient et reposait sur des objectifs considérés raisonnables par le corps médical en proposant une AP pratiquée dans la durée car facilement intégrable dans le quotidien (activités domestiques, professionnelles et de transport). Pour promouvoir l'AP dans les pathologies chroniques, les MG s'appuyaient sur la possibilité pour cette patientèle de bénéficier de séjours en unités de soins de suite et de réadaptation cardiovasculaire ou respiratoire. Quatre médecins déclaraient avoir recours aux

pôles de prévention ou aux associations qui proposent de la gymnastique douce. Un médecin faisait part de son implication dans ces dispositifs locaux, lui permettant d'avoir une approche plus pédagogique. La mesure directe de variables physiologiques comme la glycémie, lors de marches organisées, lui permettait de prouver aux patients les bienfaits de l'AP. L'existence d'initiatives locales offrait aux médecins interrogés la possibilité d'y adresser leurs patients et de les y accompagner. Toutefois, un seul médecin de notre cohorte évoquait le réseau *Picardie en forme*, tout en déclarant ne pas utiliser les services proposés par ce réseau Sport-Santé, pour le moment. Les actions de promotion de l'AP par le MG passaient également par l'utilisation de différents moyens de communication comme les affichages en cabinet, la sensibilisation aux campagnes de prévention, la dispensation des informations sur l'AP sous forme de tutoriels sur internet, ou aux avantages fiscaux des déplacements actifs et l'utilisation d'objets connectés.

3.2 Analyse des facteurs associés au MG favorisant ou limitant la prescription de l'AP en pratique clinique

Les MG interrogés jugeaient manquer de temps pour se consacrer à la promotion de l'AP. Cela était renforcé par la diminution du nombre annuel de consultations nécessaires au suivi des porteurs de maladie chronique, du fait de l'amélioration de leur état de santé. La durée qui pouvait être allouée à chaque consultation ne permettait pas d'assurer toutes les tâches adossées à la fonction de médecin généraliste, notamment lorsque les motifs de consultation étaient multiples. Le manque de temps en consultation était une limite importante pour la prescription de l'AP, d'autant plus que les médecins s'accordaient sur l'incapacité temporelle à réaliser des évaluations fonctionnelles permettant la promotion d'une AP adaptée aux besoins et aux caractéristiques du patient. **Pour dégager du temps à la promotion de l'AP, les praticiens interrogés s'accordaient sur la création d'une cotation pour les consultations dédiées à la prescription de l'AP, à l'image du suivi du patient obèse.** Face au manque de temps et conformément aux attentes des patients, la priorité était donnée aux thérapeutiques médicamenteuses. La problématique de l'absence de prescription de l'AP au profit du médicament n'était pas forcément perçue comme liée à l'AP elle-même, mais s'inscrivait avec l'ensemble des actes de prévention qui ne sont pas une priorité des MG interrogés. La prescription de l'AP rentrait dans le cadre de la prise en charge globale du patient, à titre préventif. En revanche, la majorité des médecins convenait du rôle central du médecin traitant et de l'importance de la délivrance d'un conseil minimal en AP. Les MG jugeaient

globalement leurs connaissances sur l'AP insuffisantes, notamment sur l'adaptation de l'AP aux caractéristiques et à la pathologie du patient. Ce constat justifiait leur sentiment de ne pas être suffisamment compétents pour promouvoir ou prescrire de l'AP en particulier en raison du risque liés à la pratique de l'AP. De fait, seuls deux médecins abordaient les risques liés à l'AP: l'un sur les addictions associées à une pratique tardive (chez les quarantennaires), l'autre, sur la possibilité d'aggravation de l'état de santé du fait d'un examen clinique trop superficiel en consultation. Enfin, l'attentisme des patients et l'avancée en âge des médecins interrogés semblaient être également des freins à la promotion de l'AP par ces derniers. Un médecin expérimenté expliquait être découragé du fait du manque d'outils disponibles à la prescription de l'AP et déclarait d'une certaine façon « ne plus y croire ».

3.3 Réflexion des MG sur le dispositif du « sport sur ordonnance »

Plus de 75% des MG déclaraient méconnaître le dispositif de prescription d'AP sur ordonnance. Cette possibilité n'était pas accueillie de manière unanime et consensuelle. Six MG y voyaient un acte officialisant la promotion de l'AP dans la continuité des prescriptions d'entretien physique des patients les plus âgés, permettant donc de remettre à l'activité physique une part plus importante de leur patientèle. Pour trois autres MG, la prescription de l'AP sur ordonnance ne pouvait convenir à leurs patients. Malgré ce clivage, les médecins s'accordaient sur l'efficacité d'une prescription sur ordonnance qui renvoyait à un ordre, une injonction à se mettre en mouvement qui, même si elle ne pouvait pas préjuger du maintien et de la régularité dans la durée, favoriserait selon eux la pratique d'une AP. Les médecins souhaitaient que la prescription d'AP sur ordonnance soit standardisée. Les informations sur le dispositif « sport sur ordonnance » étaient considérées comme difficiles d'accès et incomplètes. Les médecins étaient demandeurs d'informations concernant la prescription de l'AP sur ordonnance, notamment à quels structures et professionnels de santé adresser les patients. Pour cela, la création ou le développement de réseaux ou de site d'informations numériques sur les associations sportives les intéressaient. Finalement, si leur rôle central dans le dispositif « sport sur ordonnance » était discuté, les MG interrogés mettaient surtout en avant, d'une part, un manque de connaissance et de formation sur le sujet et d'autre part l'intérêt d'une prise en charge organisée, avec la possibilité d'orienter les patients vers des personnels paramédicaux spécialisés pour réaliser les bilans fonctionnels et superviser les séances d'AP. Dans ce cadre, les médecins interrogés insistaient sur l'importance des retours par ces autres professionnels de la santé.

4. Discussion

Les principaux objectifs de notre étude étaient d'évaluer l'impact de la publication du décret relatif aux conditions de dispensation de l'AP adaptée prescrite par le médecin traitant sur l'attitude des MG vis-à-vis de la promotion de l'AP en consultation et d'identifier les facteurs perçus comme favorisant ou limitant la prescription sur ordonnance par nos 14 MG picards. Nos principaux résultats montrent un problème d'informations et d'accompagnement concernant le dispositif du « sport sur ordonnance » auprès des MG picards. Ces derniers rappelaient également l'importance d'une prise en charge organisée.

4.1 Etat des lieux des pratiques professionnelles en matière de prescription de l'AP

Près de 78 % des MG interrogés dans le cadre de notre étude déclaraient aborder le thème de l'AP avec leurs patients. Déjà en 2017, Cournet montrait que 90 % des 412 médecins spécialistes en médecine générale bretons interrogés abordaient l'AP avec leur patientèle [27, 28]. L'incitation à la pratique régulière d'une AP restait basée sur la délivrance de conseils oraux pour la grande majorité des MG de notre étude. Gérin et al. ont observé que 99 % des médecins de leur cohorte recommandaient oralement l'AP, 13 % s'appuyaient sur des documents et 11 % prescrivaient l'AP sur ordonnance [28]. La pratique actuelle tend donc plus volontiers vers le conseil oral de l'AP que sa prescription sur ordonnance. Pour les MG de notre étude, aborder l'AP avec le patient dépendait surtout du motif de consultation. Pour eux, il était plus facile d'aborder l'AP chez un patient en surcharge pondérale ou porteur d'une maladie chronique. Ce constat est en accord avec les travaux précédemment menés [27, 13]. Pourtant, comme le soulignent les travaux de Scoatariu-Thiébaud, 35% des patients en surcharge pondérale déclaraient ne pas avoir bénéficié de conseils concernant l'AP lors de consultation avec leur MG [29]. Cette observation peut s'expliquer, d'une part, par un conseil en AP souvent dispensé dans un cadre de prévention secondaire : les médecins n'abordant généralement la question de l'AP que sur demande du patient, dans notre étude comme dans celle de Tardy-Broucqsault [30]. D'autre part, l'absence d'évaluation concrète du niveau d'AP et l'hétérogénéité des méthodes d'évaluation pourraient expliquer l'absence de souvenir d'avoir bénéficié de conseils en AP. Si la grande majorité des MG s'accordent sur l'importance de l'évaluation, à l'instar de la mesure de la masse et des dimensions corporelle à l'aide d'outils comme le pèse-personne ou le ruban mètre, les médecins évaluent peu le niveau d'AP de leurs patients à l'aide de tests ou d'outils spécifiques à l'AP [31, 32]. Aucun ne prescrit d'épreuve d'effort à leur patient asymptomatique mais porteurs de facteurs de

risques cardio-vasculaires, ce qui peut être délétère au patient. L'évaluation en AP, dans notre étude comme dans les précédentes, est donc basée le plus souvent sur des questions d'ordre général.

4.2 Analyse des facteurs associés au MG favorisant ou limitant la prescription de l'AP en pratique clinique

Le premier obstacle à la prescription de l'AP en consultation était le manque de temps pour évaluer les capacités fonctionnelles des patients et donc les orienter vers l'AP la mieux adaptée à leurs caractéristiques et attentes. Cet argument était déjà avancé comme une limite à la prescription de l'AP au niveau régional et mondial [13, 32]. Il semble que le manque de temps en consultation ne soit pas préjudiciable qu'à la prescription de l'AP mais à la promotion, de l'ensemble des actions de prévention [28, 29]. Dans une étude sur l'aide à la prescription de l'AP dans la région des Hauts-de-France (département du Pas-de-Calais), 67 des 80 MG affirmaient l'importance de l'évaluation du niveau d'AP des patients [33]. Toutefois, ces 84% de MG n'imposaient pas de mode d'évaluation de la condition physique à leur patientèle. L'absence de méthodologie de l'évaluation pourrait s'expliquer par le manque de formation des médecins à la prescription de l'AP. En effet, sur les 80 médecins ayant répondu au questionnaire, Pellegrin rapportait que 39 praticiens (i.e. 49% de la population étudiée) ne se sentaient pas assez compétents pour prescrire une AP à leurs patients [33]. Dans leur méta-analyse, Hébert et al. ont également souligné que le manque de formation était ressenti comme un frein à la prescription de l'AP par les MG [35]. Ballay et al. et de Ravachol ont pointé la méconnaissance des bienfaits de l'AP et de la manière de la prescrire chez ces MG en exercice ou en formation initiale [36, 37]. Les conclusions du rapport de la Haute Autorité de Santé justifient cette perception en pointant le volume insuffisant pour une appropriation de connaissances solides, des enseignements sur les thérapeutiques non médicamenteuses en formation médicale initiale [13]. Dans les précédentes études, la majorité des médecins généralistes interrogés déclaraient leur intention d'augmentation le nombre de prescriptions en AP s'ils bénéficiaient d'une formation complémentaire adaptée [38]. Par exemple, O'Halloran et al. et Hardcastle et al. ont observé un effet bénéfique de la formation des médecins aux entretiens motivationnels sur le niveau d'AP des patients [39, 40]. Lacroix rapporte que 110 des 170 MG interrogés, soit 64,7% de sa cohorte, avaient déclaré qu'ils augmenteraient leurs prescriptions d'activité physique s'ils bénéficiaient d'une formation complémentaire adaptée [38]. Les travaux de Pellegrin rapportent que pour 51 % des

médecins répondants, l'amélioration des compétences à prescrire à l'AP sur ordonnance passerait par des formations en groupe [35]. Enfin, malgré la médiatisation des bienfaits de l'AP dans certaines pathologies, l'information reste difficile d'accès pour les MG [16, 36]. Ces praticiens semblent alors préférer délivrer des conseils généraux en matière d'AP, en promouvant la marche [37] ou en s'appuyant sur leurs savoirs empiriques de pratiquants ou leur expérience personnelle de la maladie [37, 38]. **Il a d'ailleurs été montré, comme dans notre étude, que les MG pratiquant un ou plusieurs sports avaient tendance à aborder plus souvent l'AP avec leur patientèle que les MG moins physiquement actifs [39, 40].** De même, la dispensation d'un conseil minimal en AP reste verbale. Même si cette démarche peut être opérante, contrairement à notre population, les MG s'accordent sur l'efficacité d'une prescription écrite d'AP [38, 39].

4.3 Réflexion des MG sur le dispositif du « sport sur ordonnance »

Le rôle central du médecin spécialiste en médecine générale dans la promotion de la prévention au sein d'un parcours de soins ou d'un parcours de santé des patients est rappelé par les praticiens de notre cohorte. Si les actions de prévention et de promotion de la santé sont promues en France, tous les MG de notre étude semblent méconnaître la possibilité de prescrire de l'AP sur ordonnance [15, 21, 40]. Comme dans les études précédentes, notre population de MG déclare connaître approximativement les recommandations en AP, ce qui pourrait justifier d'une part, la faible promotion de l'AP en consultation à l'instar des attentes des patients [26, 30]. La prescription d'AP sur ordonnance semble pour autant pouvoir répondre à certains besoins des médecins et de leurs patientèles. Une meilleure promotion des outils de prescription de l'AP et des réseaux des professionnels formés à l'encadrement des AP adaptées pourrait également faciliter et augmenter le nombre de prescriptions d'AP sur ordonnance. Pellegrin rapporte que 91% des MG répondants étaient prêts à confier leurs patients à un éducateur médico-sportif [30]. Si l'efficacité des réseaux n'est plus à démontrer, ces derniers semblent manquer de lisibilité auprès des MG [18, 38]. Le manque d'information ne facilite pas la promotion de la prévention et de l'AP. La mise à disposition d'un référentiel de prescription de l'AP mais également son financement sont également des sujets controversés. Si une réponse institutionnelle a été apportée à ce premier point, la prescription d'AP sur ordonnance reste encore non remboursée par l'assurance maladie suite à l'instruction interministérielle sur « le sport sur ordonnance » [17]. L'absence de prise en charge financière de l'AP prescrite sur ordonnance peut être considérée comme un obstacle

supplémentaire à la promotion de la santé par l'AP adaptée. En effet, le non de remboursement de l'AP s'ajoute aux modifications durables des habitudes de vie que la pratique d'AP implique et à une efficacité tardive à l'instar du remboursement des traitements médicamenteux et de leur efficacité perçue comme plus rapide par les patients [25, 26].

5. Conclusion

Les médecins spécialistes en médecine générale semblent méconnaître la possibilité de prescrire l'AP sur ordonnance. Si les apports de ce dispositif semblent discutés, tous les praticiens interrogés s'accordent sur l'importance de l'ordonnance auprès des patients. Les MG perçoivent des problèmes de formation et d'information délétères à la prescription de l'AP sur ordonnance. Le volume d'enseignements sur l'AP, et les thérapies non médicamenteuses en général, dans leur formation initiale, de même que l'accès aux informations sur les réseaux de prise en charge existant sont perçus comme insuffisants et non-adaptés à leur pratique professionnelle. Enfin, la durée de la consultation, le temps nécessaire à la pratique de l'AP, l'absence d'acculturation sportive dès le plus jeune âge ainsi que le manque de financements représentent les principaux freins à la prescription et à la dispensation de l'AP.

Déclaration de liens d'intérêts.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé - Activité physique.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-fr.pdf?ua=1/
2. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, alimentation, environnement, travail. Actualisation des repères du PNNS – Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. 2016; Saisine n°2012-SA-0155 : 4.
<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>

3. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012; 380: 219-29.
4. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, Pratt M. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*. 2016; 388: 1311-24.
5. Margaritis I. The fight against a sedentary lifestyle. *Santé Publique*. 2016;28: S7-8.
6. Moisy M. Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé est stable. Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2018. 1046.
7. Le Bihan G, Collinet C. Les activités physiques au cœur de l'actualité en santé. *Santé Publique*. 2016; 28: S9-11.
8. Deschamps V, Salanave B, Torres M, Verdote C Activité physique et sédentarité. dans *SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016, volet nutrition*. 2e édition. 2020, 58 pages.
9. Pruvost J. Baromètre Santé Nutrition 2008 : activité physique et sédentarité. Commentaires et pistes pratiques. *Diabète & Obésité*. 2011 ; 6 : 110-117.
10. Tremblay MS, LeBlanc AG, Kho ME, Saunders TJ, Larouche R, Colley RC, Goldfield G, Connor Gorber S. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8:98.
11. Ha AS, Ng JYY, Lonsdale C, Lubans DR, Ng FF. Promoting physical activity in children through family-based intervention: protocol of the "Active 1+FUN" randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2019;19:218.
12. Bréchat PH, Vogel T, Berthel M, Le Divenah A, Segouin C, Rymer R, Lonsdorfer J. Analyse de quatorze actions nationales pour le déterminant de santé activités physiques et sportives en France de 2001 à 2006. *Santé publique*. 2009; 21:101-118.
13. Anis J. Analyse des freins à la prescription des activités physiques chez les MG picards. Thèse de médecine générale, Université de Picardie Jules Verne, 2015 ; p32.
14. Scoatariu-Thiébaud N. Activité Physique sur ordonnance : à propos d'une enquête auprès de patients, tout venant, consultant leur médecin généraliste en Lorraine. Thèse de médecine générale, Université de Lorraine, 2016 ; p73.
15. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation 2011.

16. Marsault C. Demedicalisation of “Medical prescription of sport”: The Strasbourg programme as Viewed by Sports Educators. *Santé Publique*. 2016;28: S163-167.
17. Weissland T, Passavant É, Allal A, Amiard V, Antczak B, Manzo J. The “Picardie en Forme” Network: Federating Regional Health-enhancing Sports Resources. *Santé Publique*. 2016 ;28: S169-174.
18. Vigneron E. *Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. Les Tribunes de la santé 2013 ; 38 : 41-53.*
19. Agence Régionale de Santé, Observatoire Régional de Santé. État des lieux sanitaire, médico-social et social des territoires de santé de Picardie. Les territoires de Santé en Picardie (collection) ; 2011. P. 1-32.
20. Bloy G, Moussard Philippon L, Rigal L. General Practitioners and Physical Activity Counselling: from Evidence to Practice Contingencies. *Santé Publique*. 2016;28: S153-161.
21. Code de la Santé Publique. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Texte n° 48, Journal Officiel de la République Française n°0304 du 31 décembre 2016.
22. Smith K, Biley F. Understanding grounded theory: principles and evaluation. *Nurse Res*. 1997; 4(3): 17-30.
23. Walsh B, Cone DC, Meyer EM, Larkin GL. Paramedic attitudes regarding prehospital analgesia. *Prehosp Emerg Care*. 2013; 17(1): 78-87.
24. Blanchet A, Gotman A. L'entretien, 2nde édition, collection Tout le savoir, éditions Armand Colin, 2015.
25. Le Breton-Lerouillois G, Rault JF. La démographie médicale en Picardie – Situation en 2015. Conseil national des médecins. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/48qdaw/atlas_picardie_2015.pdf
26. Rican S, Simon M, Charraud A, Salem G. Les MG libéraux dans les aires urbaines. Des densités plus élevées dans le sud et les centres-villes. Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 1999 ; 9 : 1-4.
27. Cournet J. La prescription d'activité physique chez les maîtres de stage de médecine générale d'Aquitaine : qu'en est-il dans la réalité ? Thèse de médecine générale, Université de Bordeaux, 2017 ; p52.

28. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des MG sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *Science & Sports*. 2015 ; 30(2) : 66-73.
29. Tardy-Broucqsault AS. Evaluation de l'activité physique en médecine générale, une étude qualitative. Thèse de médecine générale, Université de Reims Champagne-Ardenne, 2010 ; p25-27.
30. Union Régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire. Promotion et prescription de l'activité physique : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. Panel en Médecine Générale – 2014-2016 – Pays de la Loire. 2016 ;13 : 1-8.
31. Hébert ET, Caughy MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2012;46(9):625-31.
32. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin. Thèse de médecine, Université de Lille 2 – Droit & Santé, 2014 ; chapitre C. Résultats. <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/58d7805f-73d6-4caa-a928-759a0853920d>
33. Ballay N, Connan L, Leclair IA, Houvet M, Roirand H, Bruneau A. Etat des lieux de la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes dans le Maine-et-Loire. https://www.sgoc.fr/IMG/pdf/etat_des_lieux_de_la_prescription_de_l_activite_physique_par_les_medecins_generalistes_du_maine-et-loire.pdf
34. Ravachol M. Evaluation des connaissances des internes de médecine générale en Bourgogne sur les recommandations concernant l'activité physique pour la santé. Thèse de médecine, Université de Bourgogne, 2016. <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=504491>
35. Lacroix J. Evaluation du bon usage de la prescription de l'activité physique en médecine générale, dans l'ancienne région du Languedoc-Roussillon, chez les patients ayant une hypertension artérielle et description des éventuels facteurs limitants. Thèse de médecine, Université de Montpellier, 2018 ; p 66-74.
36. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, Bernhardt J, Lannin N, Morris ME, Taylor NF. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*. 2014;28(12):1159-71.
37. Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger MS. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and

cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10:40.

38. Abramson S, Stein J, Schaufele M, Frates E, Rogan S. Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: a national survey. *Clin J Sport Med.* 2000;10(1):40-8.
39. Attelin V, Romain AJ, Avignon A. Physical-activity prescription for obesity management in primary care: attitudes and practices of GPs in a southern French city. *Diabetes Metab* 2012;38:243-9.
40. Cazin C, Rebot N. Enquête sur la prescription de l'activité physique des médecins généralistes de la région Centre. Journée régionale Sport Santé Bien-Être de la Société Régionale de Médecine du Sport Centre Val de Loire, 15 octobre 2013, Orléans, France.