Master complémentaire en médecine générale 2013-2014

# Vers une activité physique bénéfique pour la santé dans la population adulte : le rôle du médecin généraliste

Dr Catherine Docquier

Promotrice : Dr Geneviève Baufays

**Remerciements**

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée à la réalisation de ce travail et tout particulièrement :

Le Dr Geneviève Baufays, maître de stage et promotrice du travail, pour son dynamisme, ses conseils, ainsi que pour les nombreuses heures de course à pied passées ensemble durant ces deux dernières années.

Le Dr Jean Laperche, pour ses nombreux conseils et son écoute bienveillante, ainsi que tout le séminaire loco-régional de Marche-en-Famenne.

Le Dr Alexandre Servais, pour la mise en route de ce travail.

Le Dr François Vandermeersch, pour sa relecture attentive.

Mes parents, frères et sœurs pour les nombreuses discussions constructives au sujet de l'activité physique. Un merci tout spécial à Charlotte.

Les coureurs du programme « Je cours pour ma forme ».

Mais c'est toi, Pierre, qui m'a encouragée et aidée du début à la fin de ce travail. Du fond du cœur, merci.

## Glossaire

ACSM : American College of Sports Medicine

AHA: American Heart Association

AP : Activité physique

APA : Activité physique adaptée

DMG + : Dossier médical global avec module de prévention

EM : Entretien motivationnel

FC : Fréquence cardiaque

INSERM : Institut national de santé et de recherche médicale

IPAQ : International Physical Activity Questionnaire

JCPMF : Je cours pour ma forme

MeSH : Medical Subject Headings

MET : Equivalent métabolique

MG : Médecin généraliste

NNT : Number Needed to Treat

OMS : Organisation mondiale de la Santé

OSH : Observatoire de la Santé dans la province du Hainaut

PAPRICA : Physical Activity Promotion in PRImary CAre

PNNS : Plan National Nutrition Santé

SSMG : Société scientifique de médecine générale

SSP : Soins de santé primaires

TFE : Travail de fin d'études

**Abstract**

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la sédentarité ou le manque d'activité physique est le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial. Deux tiers de la population adulte ne respecte pas les recommandations en termes d'activité physique bénéfique pour la santé. Pourtant, les bienfaits d'une activité physique modérée font l'objet de nombreux travaux scientifiques, tant en prévention primaire qu'en prévention secondaire et tertiaire.

Selon la littérature, le médecin généraliste a un rôle essentiel à jouer dans le dépistage de la sédentarité, la promotion et la prescription d'une activité physique auprès de tous ses patients adultes. Cependant, une formation supplémentaire aiderait davantage le médecin dans cette tâche.

Différents outils sont mis à la disposition du médecin généraliste. Des questionnaires pour dépister la sédentarité peuvent être utilisés, bien que souvent jugés trop fastidieux. En ce qui concerne les conseils donnés, la méthode la plus efficace pour qu'un patient sédentaire respecte les recommandations mondiales après une année est le conseil bref. D'autre part, une méthode plus personnalisée, de type entretien motivationnel, qui permet au patient de trouver sa propre activité physique a montré un changement significatif de ses habitudes de vie. Une fiche d'information ainsi qu'une prescription écrite avec une activité physique adaptée sont également très utiles. Le médecin généraliste doit aussi connaître les activités locales pour pouvoir mieux conseiller son patient. L'implication personnelle du médecin est également importante.

En ce qui concerne les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées, des précautions sont à prendre. Parfois, un renvoi vers des éducateurs en activité physique adaptée ou vers des médecins spécialisés peut s'avérer utile.

Une enquête réalisée auprès de 92 médecins généralistes belges francophones conforte les résultats obtenus dans la littérature.

Parler d'activité physique aux patients est l'un des nombreux rôles du médecin généraliste et est une piste dans le combat contre la sédentarité, mais la médecine générale n'est qu'un maillon parmi différentes structures pour parvenir à diminuer le fléau de l'inactivité physique.

**Mots clés :** activité physique, sédentarité, rôle du médecin généraliste, dépistage, promotion de la santé, prescription, conseils, adulte.

## I. Introduction

Le choix de mon sujet de travail de fin d'études (TFE) est le résultat d'une longue réflexion au sujet de la promotion de l'activité physique (AP) en médecine générale.

Avant même de commencer mon assistanat, il y a presque 2 ans, à la maison médicale de Libin, je savais qu'une passion commune, en plus de mon travail, me liait à ma maître stage : la course à pied. En mars 2013, la maison médicale de Libin, en association avec le complexe sportif de la commune, a lancé le programme « Je cours pour ma forme » (JCPMF). En consultation, tout le monde en parlait. Certains patients ont obtenu auprès de leur cardiologue des résultats très satisfaisants (amélioration de la fréquence cardiaque (FC), arrêt des anti-hypertenseurs). C'est à ce moment-là que j'ai eu l'idée de me pencher sur ce phénomène à Libin. Cela m'époustouflait réellement de voir l'engouement des patients pour JCPMF. La maison médicale avait été la locomotive de ce projet, au sens propre comme au sens figuré. En effet, deux médecins, deux kinés et un ergothérapeute de la maison médicale y participaient et donnaient l'exemple aux patients. Je me suis proposée comme coach pour encadrer l'un des groupes lors de la deuxième édition en automne 2013. Plus de 80 personnes étaient inscrites. Avec ma maître de stage, nous avons proposé des consultations à tous les inscrits (après accord des différents médecins de la commune). 33 personnes ont répondu à l'appel. Ces consultations gratuites avaient pour buts la réalisation d'un examen de « non contre-indication à la pratique sportive » ainsi que le contrôle de certains paramètres (tension artérielle, FC,…), afin de les comparer à la fin du programme de course à pied. L'objectif de ces consultations n'était pas d'utiliser les valeurs relevées mais plutôt de poser un cadre médical autour du programme JCPMF. Par ailleurs, l'effet bénéfique de l'AP sur tous les systèmes du corps humain est déjà démontré dans de nombreux articles scientifiques. J'ai également réalisé deux questionnaires plus subjectifs pour que les participants puissent donner leur avis, au début et à la fin du programme. Ceux-ci correspondaient à des sondages d'opinion. De plus, bien que les participants du programme JCPMF aient une moyenne d'âge de 40 ans, il s'agissait essentiellement de personnes en bonne santé. Le programme a permis à certains de sortir de leur sédentarité, ce qui était loin d'être le cas de la majorité de la patientèle. Les résultats de notre sondage sur JCPMF se trouvent en annexe 1.

J'ai voulu trouver un sujet qui englobe un plus grand nombre de patients, et surtout, qui soit plus utile pour les médecins généralistes (MG). J'ai donc commencé à lire des articles sur

les bénéfices de l'AP (et sur les méfaits de la sédentarité). De nombreuses organisations nationales et internationales se sont penchées sur la question.

Selon l'OMS, la sédentarité ou le manque d'AP est le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial, après l'hypertension artérielle, le tabac et le diabète [1]. L'OMS a publié des recommandations en matière d'AP minimale pour la santé. En Belgique, seulement 38 % de la population atteint ces recommandations [2]. Dans le monde, le constat est similaire avec deux tiers de la population qui se dit sédentaire [1, 3]. Ces dernières décennies, nous avons vu diminuer les AP au travail, lors des déplacements et dans la vie domestique. Cela est lié à l'évolution des techniques. Les temps de loisirs ne compensent pas ce manque d'AP [4].

Nous savons tous que l'AP a de nombreux effets positifs sur la santé. Lors de nos études, à la fin de l'exposé de la plupart des maladies des grands systèmes, une diapositive nous recommandait d'inciter nos patients à bouger plus. Facile à dire, mais comment le faire en pratique ?

Avec l'aide du séminaire loco-régional, en particulier grâce au Dr Jean Laperche, j'ai recentré mon sujet sur le rôle que peut avoir le MG dans la promotion d'une AP bénéfique pour la santé. J'ai également rencontré le Dr Alexandre Servais qui a réalisé son TFE en médecine générale sur le même sujet [5]. De là, je me suis posé beaucoup de questions.

Quel rôle pourrait jouer le MG pour améliorer la situation ? Devrait-il réaliser systématiquement un dépistage de la sédentarité dans sa patientèle ? Comment pourrait-il le faire ? A l'aide de questionnaires ? Une fois le constat posé, que devrait-il recommander ? Et comment pourrait-il le faire de façon à faire changer les habitudes de vie de ses patients ?

Dans mon travail, je parlerai de la population adulte, atteinte ou non de maladie chronique. Les recommandations d'AP sont différentes chez l'enfant [1]. Etudier l'AP dans cette tranche d'âge pourrait faire l'objet d'un autre travail.

L'objectif de mon travail est de définir le rôle que le MG peut avoir pour amener ses patients au plus près des recommandations actuelles en termes d'AP.

Nous aborderons tout d'abord le contexte actuel avec les définitions des concepts cités, les recommandations et l'épidémiologie dans le monde et en Belgique. Nous ferons également un très bref rappel des bienfaits de l'AP.

Nous parlerons ensuite de la promotion et de la prescription de l'AP en médecine générale en discutant le rôle du MG, sa place dans le dépistage de la sédentarité et quelques outils pour l'aider dans cette démarche. Le but n'est pas de faire des patients des sportifs de haut niveau, mais bien de tenter qu'ils bougent davantage pour un bénéfice pour leur santé.

## II. Méthode

### 1. Recherche dans la littérature

Différentes parties structurent le travail.

Je me suis tout d'abord intéressée à la promotion et à la prescription de l'AP proprement dite. Une recherche des termes MeSH (Medical Subject Headings) a été réalisée. Par exemple, nous pouvons nous rendre compte que « physical activity », ou « physical inactivity » ne sont pas des termes MeSH. De même, la « sédentarité », terme très utilisé en langue francophone, est beaucoup moins utilisé en anglais (« sedentarism »). Ce n'est pas un terme MeSH non plus.

Une recherche a été réalisée dans la littérature générale en utilisant les ressources du Cebam[i] (EBM practice net, Tripdatabase, Sumsearch, Cismef, the Cochrane library, Medline, BMJ, JAMA, Lancet, New England Journal of Medicine et Annals of Internal Medicine). Les termes de recherche ont été : « motor activity », « exercise », « primary health care », « health promotion », « conselling » et « physician patient relation ». « Physical activity » a été utilisé également. En jonglant avec ces termes dans les bases de données, j'ai lu les titres d'une centaine d'articles. Les limites choisies étaient : publication inférieure à 10 ans, études faites sur l'humain, articles parus en anglais et en français. J'ai exclu les articles qui étaient centrés sur une pathologie en particulier, ceux qui ne parlaient que des enfants, des adolescents ou des

[i] Les ressources de la Cebam Digital Library of Health disponibles à l'adresse http://www.cebam.be/

personnes âgées et les protocoles d'études. La première recherche a été faite début octobre 2013 et la dernière a été effectuée le 24 mars 2014.

Par la suite, pour construire le contexte de ce travail (définitions, recommandations, épidémiologie), j'ai également utilisé les ressources de l'OMS, de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale en France (INSERM) et de l'Observatoire de la Santé en province du Hainaut (OSH), ainsi que l'enquête de santé par interview de 2008 concernant la pratique d'AP et réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique (Belgique). Le site de la Société scientifique de médecine générale (SSMG) a également été très utile dans sa partie prévention.

Cette recherche a également été complétée par l'analyse des bibliographies des articles sélectionnés. J'ai également eu accès aux articles de la Revue médicale suisse et à UpToDate.

En ce qui concerne les exemples de programmes pour promouvoir l'AP, le site « Paprica » (Physical Activity Promotion in PRImary Care) en Suisse a été ma principale référence. Il s'agit d'un organisme suisse d'éducation et de promotion de l'AP en première ligne de soins. Ensuite, j'ai consulté le site « Je cours pour ma forme » en Belgique, puis plusieurs fascicules disponibles sur le site de l'OSH. Un contact a été pris avec l'OSH pour plus d'informations en ce qui concerne une enquête téléphonique sur le DMG + (dossier médical global avec module de prévention) dont nous reparlerons.

Pour terminer, un contact téléphonique a été pris avec le Dr Jacques Dupire qui a lancé un programme de remise en forme pour certains patients dans la commune de Frasnes-Lez-Anvaing.

2. Enquête

Pour me rendre compte de la pratique des MG en ce qui concerne la promotion de l'AP auprès de leurs patients, j'ai réalisé un questionnaire (Annexe 2). Celui-ci a été rédigé suite à mes lectures de la littérature internationale et reprend les grands thèmes qui structurent ce travail.

La majorité des questions rejoignent les interrogations déjà posées dans des études figurant dans la littérature, nous pourrons donc les comparer. Les autres questions sont des réflexions personnelles au fur et à mesure de mes lectures.

J'ai distribué ce questionnaire à un tridodécagroupe de la province du Luxembourg. J'ai également posté le questionnaire sur internet, par l'intermédiaire de la newsletter de la SSMG, en insistant auprès de mes collègues assistants et de mes collègues du séminaire loco-régional ainsi qu'auprès de quelques autres médecins que je connais personnellement. La suite sera expliquée dans la partie « Enquête ».

## III. Contexte

### 1. Définitions

L'**activité physique** est définie comme *« tout mouvement corporel produit par les muscles du squelette et entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle dépensée au repos »* [6].

Cette définition inclut les 4 façons d'être physiquement actif, c'est-à-dire [7] :

- lors des activités de loisirs et du sport ;
- lors des déplacements ;
- lors des tâches de la vie quotidienne ;
- dans le cadre du travail.

Au vu de cette définition, le sport et l'exercice sont donc considérés comme des types d'AP. Le **sport** comporte en plus les notions *« d'activités structurées, régies par des règles, et pratiquées dans des situations compétitives »* [8]. L'**exercice** est un sous-ensemble de l'AP qui se définit comme *« un mouvement corporel planifié, structuré et répétitif accompli pour améliorer ou entretenir une ou plusieurs composantes de la condition physique comme l'endurance, la force, la mobilité articulaire ou la coordination »* [8].

L'AP est aussi définie par 4 paramètres. Il s'agit :

- de la nature ou le type d'exercice ;
- de la fréquence des séances (exprimée en nombre de séances par semaine) ;
- de la durée de chaque séance ;
- de l'intensité de chaque séance [9].

L'**activité physique favorable à la santé** évoque les bienfaits pour la santé que l'on tire de l'AP. *« Par ce terme, il faut entendre toute forme d'AP qui améliore la santé et la capacité fonctionnelle sans dommage ni risque excessif »* [10].

Pour que l'AP soit favorable à la santé, celle-ci doit au moins avoir une intensité modérée. L'**activité physique d'intensité modérée** *« augmente la fréquence cardiaque, donne une sensation de chaleur et provoque un léger essoufflement. Elle porte le métabolisme à 3 à 6 fois le niveau de repos (3 à 6 équivalents métaboliques = MET [ii] ) »* [6, 10].

Les **activités physiques d'intensité élevée** sont *« des activités telles que la course à pied ou le cyclisme et qui sont assez rapides pour provoquer la sudation et l'essoufflement. Ces activités portent le métabolisme à au moins six fois le niveau enregistré au repos (soit 6 MET). Elles se pratiquent généralement dans le cadre de sports ou d'exercices »* [10].

Nous devons également définir **l'inactivité physique** et la **sédentarité**. Ces deux termes sont beaucoup moins précis et mesurables. En effet, ils sont très souvent confondus. Par exemple, dans les rapports de l'OMS, la version anglaise indique que l'inactivité physique est le quatrième facteur de risque de mortalité globale. Dans sa version française, ce même quatrième facteur de risque est la sédentarité.
Peut-on parler d'inactivité physique ou de sédentarité de façon équivalente ?

Dans les livres et les articles consultés, la distinction n'est pas évidente et certains auteurs ne font pas de différence. Dans les articles en français, les deux termes sont presque toujours synonymes. Dans les articles en anglais, « physical inactivity » est le plus souvent utilisé. Très peu d'articles mentionnent le terme « sedentarism ». Par contre, « sedentary lifestyles » est plus volontiers utilisé. C'est d'ailleurs un MeSH term.

**L'inactivité physique** est définie comme *« un état dans lequel les mouvements corporels sont réduits au minimum et la dépense énergétique proche de la dépense énergétique de repos »* [11].

[ii] Le MET est l'équivalent métabolique. Il mesure l'intensité de l'exercice. Un MET correspond à la consommation d'O2 de repos qui est de l'ordre de 3,5 ml/kg/min [9].

**Sédentarité** vient du mot latin *« sedere »*, qui signifie être assis. Dans le Petit Robert, la sédentarité est définie comme la *« situation d'une action, d'une activité sédentaire »*, où sédentaire est un adjectif défini par *« qui n'entraîne pas de déplacements »* [12].

La différence entres ces deux concepts pour certains auteurs, c'est que la sédentarité ne doit pas seulement être vue comme un manque d'AP [13]. Elle doit être comprise dans un sens plus large, incluant les comportements sédentaires comme regarder la télévision, travailler sur l'ordinateur, se déplacer en voiture,… Etre assis trop longtemps ou faire trop peu d'exercices sont deux facteurs indépendants. En plus de promouvoir l'AP, il serait aussi bénéfique de diminuer le temps passé assis. D'autres auteurs évoquent également les occupations sédentaires en parlant d'inactivité physique [11].

Au vu de ces difficultés sémantiques rencontrées dans mon travail, il m'a fallu trancher.

Dans ce travail, les termes de sédentarité et d'inactivité physique seront utilisés pour désigner une AP considérée comme insuffisante pour avoir un bénéfice sur la santé, et ne répondant donc pas aux recommandations décrites ci-après. La notion de comportement sédentaire sera attachée aux deux termes. Au niveau de la prévention, nous considérerons que la promotion de l'AP et la réduction de la sédentarité s'inscrivent dans une même démarche de changement de comportement. Dès lors, les termes de « promotion de l'AP » et « lutte contre la sédentarité » seront considérés comme équivalents.

## 2. Recommandations

### 2.1 Dans le monde

Avant les années 1980, les recommandations relatives à l'AP avaient pour but d'augmenter la capacité cardio-respiratoire, et donc d'augmenter la performance de cette AP. Depuis le milieu des années 1990, ces recommandations mettent en relation l'AP avec l'état de santé. Sur la base des connaissances actuelles, elles proposent la réalisation d'un certain volume d'AP pour induire une modification physiologique bénéfique pour la santé [14].

Les recommandations actuelles en matière d'AP bénéfique pour la santé proviennent du rapport de l'OMS de 2010 [1]. Elles se basent sur les recommandations américaines de l'ACSM (American College of Sport Medecine) et de l'AHA (American Heart Association)

qui ont été publiées en 2007 [14]. Ces recommandations ont un niveau de preuve A pour la grande majorité.

« *Recommandations concernant les adultes âgés de 18 à 64 ans* [1] :

1. *Ils devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée*

*OU au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue,*

*OU une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.*

2. *L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.*
3. *Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les adultes devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.*
4. *Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine* ».

A ce sujet, la revue « Paprica » a fait une adaptation des recommandations de l'OMS sous forme de pyramide (Annexe 3).

En ce qui concerne les personnes de plus de 65 ans, les recommandations de l'OMS sont identiques et deux points supplémentaires sont mentionnés [1] :

5. *« Les personnes âgées dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine.*
6. *Lorsque des personnes âgées ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent* ».

Ces recommandations s'intègrent dans une optique de prévention primaire des maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète,… En ce qui concerne la prévention secondaire et tertiaire, il est recommandé aux personnes atteintes de maladies chroniques de demander l'avis de leur médecin avant de suivre les recommandations de leur tranche d'âge. Nous y reviendrons plus loin.

Bien qu'il faille essayer d'atteindre les recommandations avec les patients, « *pour la personne sédentaire, augmenter ne serait-ce qu'un peu son niveau d'AP, c'est déjà beaucoup, considérant les bénéfices que cela peut comporter* » [15]. Chaque individu pratiquera les recommandations en fonction de son aptitude à l'exercice et des risques et restrictions liés à sa santé [1]. Il est évident qu'une personne sédentaire doit essayer d'atteindre les recommandations de façon **progressive**. Il est recommandé de commencer en introduisant quelques minutes par jour d'AP, et d'augmenter jusqu'à atteindre les 30 minutes quotidiennes recommandées [10].

Un autre facteur important est la **régularité** des séances. Certains pensent que seule une AP intense peut avoir un effet bénéfique sur la santé. Cela n'est pas vrai, d'autant plus si cette activité intense n'est réalisée qu'une fois par semaine [16].

D'autre part, bien que le secteur sanitaire joue un rôle très important dans la promotion de l'AP, l'OMS insiste sur le fait que cette démarche doit être une démarche multisectorielle. « *Il faut mettre en place des interventions individuelles, institutionnelles, collectives, environnementales et politiques* » [10].

L'OMS propose différentes actions pour atteindre les objectifs :

- *« Les recommandations mondiales doivent être considérées comme un point de départ scientifiquement fondé destiné aux décideurs qui cherchent à promouvoir l'AP dans leur pays »* [1]. Il faut donc mettre en place des directives nationales pour promouvoir la santé par l'AP [17].
- « *Il faudrait intégrer l'AP dans d'autres secteurs connexes* (transports, urbanisme et logement, écoles, lieux de travail,…) *pour assurer la cohérence et la complémentarité des politiques et des plans d'action.*
- *Le recours aux médias pour sensibiliser aux bienfaits de l'AP est indispensable.*
- *La surveillance et le suivi de ces mesures sont également importants* » [17].

En 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté des cibles prévoyant une réduction de 25 % de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles et une réduction de 10 % de la sédentarité d'ici 2025 [17]. La promotion de l'AP est un objectif prioritaire à l'échelon international.

2.2 En Belgique

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) a vu le jour en 2006. Il s'agit d'un consensus national quant à la situation actuelle de la nutrition et de l'AP en Belgique [16]. En effet, la promotion d'une alimentation saine va de pair avec la promotion d'une AP régulière [16]. Bien que nous n'en parlions pas dans ce travail, l'OMS et le PNNS recommandent d'associer ces deux facteurs dans la promotion d'une vie saine.

Le PNNS a retranscrit les recommandations de l'OMS concernant les personnes en bonne santé âgées de 18 à 65 ans. Un point supplémentaire est ajouté à ces recommandations : « *Cette durée* (minimum 30 minutes par jour 5 fois par semaine d'AP modérée) *doit être augmentée à 60 minutes si l'activité physique est de faible intensité (marche lente) ou si elle est pratiquée irrégulièrement (moins de 5 jours par semaine)*». Le consensus ne mentionne pas de recommandations pour les plus de 65 ans et ne considère pas les personnes atteintes de maladies chroniques.

3. Epidémiologie

3.1 Dans le monde

Il y a 100 ans, nos ancêtres pratiquaient en moyenne 8 heures d'AP par jour. A l'heure actuelle, la sédentarité est grandissante. Celle-ci est due à une modification des temps de loisirs ainsi qu'à une augmentation des comportements sédentaires pendant les activités professionnelles, domestiques ainsi qu'à l'utilisation passive des transports [6, 10]. La sédentarité est aussi associée à d'autres facteurs de risques comme l'obésité et le fait de ne pas manger équilibré [10].

Il est difficile de donner des chiffres dans ce domaine car il n'existe pas de définition universelle de l'AP ni de manière universelle de la mesurer. Selon le rapport de l'OMS de 2002, en moyenne 17 % des adultes seraient totalement inactifs, et 41 % ne respecteraient pas les recommandations minimales (et seraient donc sédentaires selon notre définition) [7]. Presque 2/3 de la population mondiale serait donc à risque par manque d'AP. Selon le rapport de l'OMS de 2006, en Europe, l'inactivité physique est responsable de 3,5 % de la morbidité globale, et 5 à 10 % de mortalité globale [10].

### 3.2 En Belgique

#### 3.2.1 Méthode

Avant de parler de l'importance du phénomène de l'inactivité dans nos populations, il faut définir les mesures qui ont été utilisées pour établir ce constat.

Il existe un nombre très élevé d'outils qui ont été développés un peu partout dans le monde pour mesurer le niveau d'AP des patients. Le questionnaire est la méthode la plus utilisée. Ces questionnaires diffèrent par leur modalité (téléphone, écrit,…), leur longueur, leur période de rappel (AP sur la journée, sur l'année écoulée ou encore sur la vie entière), la prise en compte du type d'AP (loisirs et/ou déplacements et/ou travail et/ou activités de la vie quotidienne), ou encore par leur échelle de mesure (échelle d'AP, dépense énergétique,…) [18].

L'objectif est de mesurer l'AP au sein de la population. Les instruments utilisés lors de l'enquête de santé par interview en 2008, qui a fait un bilan de la question en Belgique, sont les suivants : le module IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) et deux questions de l'OMS [2].

Le questionnaire IPAQ s'intéresse aux différents types d'AP réalisées dans la vie quotidienne des patients, sur les 7 derniers jours. Il évalue le nombre de jours et le nombre de minutes où le patient a pratiqué des AP intenses, puis des AP modérées, et enfin de la marche. Les questions OMS portent sur les activités de loisirs (Annexe 4).

#### 3.2.2 Enquête de santé par interview de 2008 [2]

Cette enquête a été réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique.

« *Globalement, toutes AP confondues, 38% de la population en pratique au moins 30 minutes par jour.*

*En ce qui concerne les activités de loisirs :*

- *16% pratique une activité sportive au moins 4 heures par semaine,*
- *58% pratique soit un sport moins de 4 heures par semaine, soit une AP légère,*
- *26% ne pratique que des activités de type sédentaire* » [2].

Suivant ce constat, presque 2/3 de la population belge n'atteint pas les recommandations en termes d'AP bénéfiques pour la santé, et 1/4 de la population n'a que des activités de type sédentaire.

Si nous décomposons l'échantillon, il y a des différences :

- En fonction du sexe : les hommes atteignent plus les recommandations des 30 minutes d'AP que les femmes (49% des hommes contre 29% des femmes). En ce qui concerne les activités de loisirs, 70 % des femmes pratiquent au moins une AP légère contre 78 % des hommes.
- En fonction de l'âge : ceux qui respectent les 30 minutes d'AP quotidiennes sont de moins en moins nombreux avec l'âge. Le pourcentage de la population qui ne pratique que des activités de type sédentaire augmente avec l'âge, passant de moins de 20 % chez les 15-24 ans à 57 % chez les plus de 75 ans.
- En fonction du niveau d'instruction (éducation primaire VS enseignement supérieur) : moins le niveau est élevé, moins les personnes ont une AP de loisirs et moins ils atteignent les recommandations. Mais les personnes peu qualifiées ont plus souvent un travail plus manuel, ce qui peut parfois compenser cette différence due aux loisirs [6].
- En fonction de la région : les Flamands sont plus nombreux à atteindre les recommandations (49 % contre 29% en Wallonie et 25 % à Bruxelles).

4. Les bienfaits de l'activité physique

Il y a plus de 2000 ans, Hippocrate soulignait déjà que l'AP était essentielle au maintien de la santé. Ce n'est pourtant qu'en 1992 que l'AHA a officiellement déclaré que l'inactivité physique augmentait le risque de maladie cardiovasculaire [9].

Les affections médicales les mieux connues qui sont aggravées ou favorisées par la sédentarité sont les maladies cardiovasculaires et métaboliques. Mais il ne faut pas exclure le rôle de la sédentarité dans le développement de certains cancers, de l'ostéoporose, de la dépression ou dans bien d'autres maladies de systèmes [3].

Au sein de la communauté scientifique internationale, il existe un large consensus sur l'effet bénéfique de l'exercice physique sur la santé [1]. De nombreuses études existent et montrent un net bénéfice de l'AP dans le traitement mais aussi dans la prévention des maladies chroniques [19]. Cependant, il s'agit surtout de grandes études d'observation [20]. Certains auteurs déplorent le fait qu'il n'existe pas d'études randomisées de haute qualité et sur le long terme qui prouvent l'effet de l'AP sur la prévention des maladies cardiovasculaires ainsi que sur le risque de mortalité [4, 20].

Au niveau des risques de l'AP, *« l'apparition de lésions sportives est proportionnelle à l'intensité, la fréquence et la durée de la pratique sportive. Les lésions et blessures surviennent principalement dans le cadre de la pratique intensive d'un sport. Une AP journalière comporte très peu de risques. Les avantages que représente une AP accrue pour l'individu et la santé publique compensent le risque de lésions susceptibles d'en découler »* [16]. D'autre part, il faut bien entendu être vigilent au niveau des risques cardiovasculaires.

Réalisons maintenant une brève revue des bénéfices qu'apporte une AP régulière. Cette liste n'est pas exhaustive.

Maladies cardiovasculaires et facteurs de risques cardiovasculaires :

Une réduction de l'incidence des maladies cardiovasculaires de l'ordre de 30 à 50 % a été démontrée chez les personnes sédentaires qui deviennent physiquement actives [3]. Ce taux est presque aussi grand que lorsque quelqu'un arrête de fumer [15].

Avec une AP régulière et d'intensité modérée, des modifications physiologiques se mettent en place : réduction de la fréquence cardiaque de repos, amélioration de l'endurance à l'effort, amélioration des facteurs hémostatiques (diminution de l'agrégation plaquettaire et effet anti-thrombogène) [11, 19]. De plus, l'AP joue un rôle sur les autres facteurs de risque cardiovasculaire : obésité, lipides, HTA, diabète et tabac [11, 20].

En ce qui concerne les facteurs de risques cardiovasculaires :

- Obésité : réduction de la masse grasse et développement de la masse musculaire. Prévention de la prise de poids et stabilisation du poids perdu. Si l'AP est couplée à un régime alimentaire, le bénéfice est supérieur [3, 19, 20].
- Lipides : diminution des LDL, augmentation des HDL, lipolyse d'effort [3].
- HTA : réduction de 6 à 15 mmHg de la pression artérielle moyenne [11].
- Diabète : réduction de l'insulinorésistance et augmentation de la sensibilité à l'insuline. 60 % des patients restent au stade de l'intolérance au glucose s'il y a pratique d'AP [3, 19]. L'AP retarde également les complications du diabète lorsqu'il est présent.
- Tabac : l'AP couplée à des thérapies cognitivo-comportementales pour l'arrêt du tabac montre une supériorité par rapport aux thérapies seules. L'AP retarde le gain de poids après l'arrêt du tabac [20].

Système ostéo-articulaire :

Les bénéfices de l'AP sont les suivants [3, 19] :

- renforcement des ligaments, des os, des cartilages articulaires et des muscles ;
- amélioration de la minéralisation osseuse (et donc diminution de l'ostéoporose) ;
- augmentation de la souplesse et de l'équilibre.

Cancers :

Il existe un effet préventif démontré de l'AP sur la survenue du cancer du colon dans les 2 sexes [3, 19, 20]. Il y a aussi une prévention modeste en ce qui concerne les cancers du sein, de la prostate, de l'endomètre et du pancréas [20]. D'autre part, l'AP joue un rôle très important en termes d'augmentation de la qualité de vie et de la diminution de la fatigue pendant les traitements et après ceux-ci [21].

Santé mentale :

L'AP réduit le stress, l'anxiété et la dépression [20]. D'autre part, elle augmente la sensation de bien-être, l'estime de soi, la productivité au travail, la qualité du sommeil et la qualité de vie [3]. Elle a également un effet positif sur le renforcement des liens sociaux [3].

Le vieillissement :

L'AP régulière joue un rôle important dans le maintien de la qualité de vie et le maintien de l'autonomie de la personne âgée, par les mécanismes que nous avons déjà cités (diminution de l'ostéoporose, renforcement musculaire, effets positifs sur la santé mentale). Faire une AP régulière permettrait de réduire de 5 ans l'entrée en dépendance [22]. De plus, l'AP réduit les effets néfastes liés à l'âge. Selon l'OMS, les données des effets bénéfiques de l'AP sont plus importantes pour les personnes âgées car les conséquences de la sédentarité sont plus fréquentes dans cette tranche d'âge. Ainsi, les études montrent davantage les effets protecteurs d'une AP régulière chez les personnes âgées (bien que les bénéfices soient semblables dans toute la population adulte).

## IV. Promotion et prescription de l'activité physique par le médecin généraliste

### 1. Le rôle du MG

#### 1.1 Définitions

*« **La médecine de famille ou médecine** générale développe la gestion des soins de santé primaires en ayant une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires. Patient et médecin établissent dans la durée une relation de confiance librement consentie, basée sur une communication appropriée. La médecine générale favorise également la promotion de la santé et du bien-être par une intervention appropriée et effective. Elle favorise aussi la prévention des maladies et la fourniture de soins à visée curative et palliative. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle »* [23].

**Les soins de santé primaires** (SSP) sont les *« soins de premier niveau, c'est-à-dire le niveau du système de soins qui est la porte d'entrée dans le système de soins, qui offre des soins généralistes, globaux, continus, intégrés, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins »* [24]. Les SSP sont davantage que le traitement d'une maladie. Ils incluent des programmes de promotion de la santé et ils tentent d'améliorer la qualité de vie des patients.

#### 1.2 Dans la littérature

Selon une récente revue de la littérature parue dans la Mayo Clinic en 2013 qui fait le bilan de la promotion de l'AP dans le système des soins de santé, la promotion de l'AP fait partie de la promotion de la santé et est une obligation du système des soins de santé [4]. Pour certains auteurs, il s'agirait même d'une obligation éthique d'informer sur les dangers de l'inactivité physique. Une fois le patient informé, il prend alors une décision éclairée concernant son degré d'AP ou d'inactivité physique [25].

Les SSP sont bien placés pour promouvoir l'AP auprès des patients sédentaires [10, 26]. Les MG ont été reconnus par la communauté scientifique comme étant les personnes de référence pour parler d'AP à leurs patients [10]. Dans les pays développés, 70-80 % des adultes ont un contact avec leur MG au moins une fois par an. A cette occasion, ils sont intéressés de parler de l'AP avec leur MG [26].

De plus, les professionnels de la santé font autorité auprès d'un grand nombre de personnes [10]. Selon l'OMS, cette autorité devrait être mieux utilisée pour promouvoir des modes de vies plus sains, y compris l'AP. *« Les conseils prodigués et les médicaments prescrits par les médecins sont considérés par beaucoup comme la source ultime d'une vie plus saine. L'AP doit y avoir sa place, que ce soit sous la forme de conseils ou d'encouragements opportunistes ou de prescriptions écrites plus contraignantes* » [10].

D'autre part, les MG ont une attitude positive envers le concept de la promotion de l'AP et croient qu'il est de leur devoir d'en parler au patient. Cependant, une grande proportion de MG est incertaine de l'efficacité de ses conseils et se sent parfois mal à l'aise [4].

La notion du rôle d'exemple du MG qui pratique lui-même une AP ne doit pas être négligée [27, 28]. Une étude aux Etats-Unis montre que les médecins sont plus susceptibles de suivre les directives concernant l'AP que leurs patients. Les médecins actifs devraient donc encourager leurs patients à l'être aussi [4]. L'implication personnelle des MG est reconnue efficace et fait autorité auprès des patients. *« L'OMS souhaite des soignants exemplaires en matière d'AP quotidienne ou sur leur lieu de travail et impliqués dans la création de programmes d'AP »* [3].

## 2. Le dépistage de la sédentarité

### 2.1 Qui?

En Belgique, une étude réalisée conjointement par la SSMG et l'OSH est parue dans la revue de médecine générale en décembre 2013 [29]. Celle-ci a été réalisée auprès de 400 MG de la province du Hainaut pour savoir quelles étaient leurs pratiques en matière de prévention et l'utilité qu'ils avaient du DMG +. On voit dans cette étude qu'un médecin sur trois seulement utilise cet outil. Mais le médecin qui n'utilise pas le DMG + réalise néanmoins de la prévention avec ses patients. *« 90 % des médecins discutent des thématiques ou effectuent au moins occasionnellement des actions préventives reprises dans la liste du DMG + (…). L'enquête souligne également que plusieurs thèmes figurant dans le DMG + sont traités de manière systématique chez 60 à 75% des médecins généralistes »* [29]. En ce qui concerne l'AP, qui est un des thèmes proposés, voici les habitudes des médecins : 46 % des médecins interrogés parlent systématiquement d'AP avec leurs patients et 47 % en parlent occasionnellement. Dans ce dernier groupe, 84 % disent en parler suite à une situation

évocatrice lors de la consultation (éléments d'anamnèse, personnels,…). D'autre part, 92 % des MG orientent leurs patients obèses vers une démarche de reprise d'AP.

En Suisse, une étude a été réalisée auprès de 811 patients, contactés par téléphone. Parmi ceux qui avaient consulté leur MG dans les 12 mois, 28 % ont signalé qu'ils avaient parlé ensemble de l'AP et 19 % ont reçu des conseils spécifiques. 80 % ont signalé qu'ils aimeraient que leur MG aborde la question de l'AP et 81 % ont dit qu'ils accordaient de l'importance à de tels conseils [30].

Dans la revue de la Mayo Clinic, les auteurs comparent des études de différents pays [4]. Le constat est toujours le même : il y a une différence entre la perception du médecin et celle du patient. Le médecin pense avoir informé ses patients au sujet de l'AP, mais le patient n'a pas le même sentiment. Le médecin surévalue-t-il sa pratique en la matière ? Ou le patient a-t-il écouté le médecin à ce sujet sans vraiment l'entendre et sans s'approprier l'information ? Il y a sans doute un peu des deux.

### 2.2 Quand ?

Il est évidemment plus facile d'aborder la question de l'AP dans le cadre d'une consultation préventive. Comme tout élément de prévention, la première étape est d'abord de sensibiliser le patient. Parler d'AP (ou autre chose) à un patient venant pour une grippe n'a pas nécessairement sa place. Par contre, nous pouvons lui proposer de revenir pour une consultation de prévention, en ciblant quelques thèmes.

### 2.3 Comment ?

J'ai contacté l'OSH pour connaître les questions précises qui avaient été posées aux MG dans l'étude concernant le DMG +. En effet, il est différent de simplement poser la question de l'AP, sans entrer dans les détails, ou de réaliser un dépistage de la sédentarité comme nous l'avons expliqué plus haut. Les questions étaient :

*« Discutez-vous de l'activité physique avec vos patients ? Oui ou Non*

*Si oui, est-ce ? (plusieurs réponses possibles)*

- *seulement à la demande du patient ;*
- *face à une situation évocatrice ;*
- *systématiquement* ».

Dans le cas de cette étude, nous ne savons pas comment les MG abordent la question avec leurs patients.

Comme nous en avons déjà discuté, il existe différents questionnaires pour mesurer le niveau d'AP. Ceux-ci évaluent de façon subjective l'AP du patient. En effet, les questions portent sur l'intensité et la fréquence des efforts, dans les différents domaines de l'AP. Il s'agit donc de ce que le patient nous en dit, sans mesure objectivée. Néanmoins, pour la validité des différents questionnaires, ils doivent être comparés à des moniteurs d'AP objectifs (ordinateurs, accéléromètres,…) [31]. Tous ces questionnaires sont très utiles dans les études et les protocoles de recherches où nous avons besoin d'une méthode reproductible. Ils sont aussi importants quand il s'agit d'établir un relevé des personnes sédentaires dans une population définie.

Mais qu'en est-il en consultation de routine en médecine générale ? En commençant mon travail, un des objectifs que je m'étais fixés était de trouver un questionnaire qui pourrait être utile pour les MG et applicable facilement. Mais certains questionnaires sont compliqués à remplir et difficiles à interpréter. C'est l'exemple de l'IPAQ, utilisé dans bon nombre d'études [2, 18]. Pour d'autres, la grille d'analyse est parfois plus longue que le questionnaire lui-même [18]. Certains auteurs ont essayé d'élaborer des questionnaires faciles et courts. C'est l'exemple d'un questionnaire australien que j'ai proposé lors de mon enquête (Annexe 2).

Il en existe beaucoup d'autres, comme le questionnaire de Ricci et Gagnon, de l'Université de Montréal, qui est proposé sur le site internet français « www.mangerbouger.fr » en vue du diagnostic de l'inactivité physique.

En médecine générale, le manque de temps constitue un frein au conseil en AP [4]. Dès lors, est-ce réellement utile d'évaluer avec précision dans quelle catégorie notre patient se trouve ? Certains médecins interrogés lors de mon enquête pensent qu'il y a déjà tellement de questionnaires dans tous les domaines qu'il est inutile d'en ajouter d'autres. Selon une enquête suisse « *l'utilisation d'un questionnaire de dépistage est jugée fastidieuse pour la pratique quotidienne* » [30].

Néanmoins, je pense que poser simplement la question de l'inactivité physique est trop rapide. En effet, les personnes qui vont se promener une heure tous les dimanches diront qu'elles sont actives. Or, dans ce cas, l'AP est loin d'être régulière et n'apporte pas de

bénéfice suffisant pour la santé. Ces personnes sont donc sédentaires si elles ne pratiquent pas d'autres AP selon les définitions que nous avons données.

Pour finir, je pense que chaque médecin devrait déjà connaître les niveaux minimums d'AP recommandés et en parler à son patient. Si le médecin veut se référer à des questionnaires validés, il en existe toute une série. Il pourra évaluer avec le patient s'il atteint les recommandations.

## 3. La promotion et la prescription de l'AP

### 3.1 Dans la littérature

Dans une récente revue de la littérature, les auteurs ont comparé 15 études randomisées portant sur plus de 8000 adultes sédentaires [26]. Ils ont analysé l'efficacité des conseils en AP dans les soins de santé primaires. Leurs objectifs étaient doubles : voir si les conseils en AP étaient efficaces en soins de santé primaires, et déterminer si une intervention montrait sa supériorité par rapport à l'autre. Les études qui ont été incluses suivaient au minimum les patients pendant 12 mois.

L'étude a montré que le conseil en AP est efficace par rapport à un groupe contrôle sans intervention. Le NNT (Number Needed to Treat) pour obtenir qu'un patient sédentaire atteigne le niveau d'AP recommandé est de 12 (intervalle de confiance à 95 % : 7-33). Pour donner une comparaison, pour le tabac, le NNT pour qu'un patient cesse de fumer après avoir reçu des conseils est de 50 à 120.

En ce qui concerne les différentes méthodes utilisées, les interventions brèves ont des effets similaires aux interventions plus intensives. D'une part, il y a les études qui ont été comparées à un groupe contrôle sans intervention. D'autre part, il y a les études qui ont été comparées à un groupe contrôle recevant une intervention brève. Ces interventions brèves comprenaient au minimum des informations sur les bénéfices d'une AP régulière et sur les recommandations à atteindre. La différence avec le groupe intervention était souvent un nombre plus important de sessions avec le médecin, des rappels téléphoniques, des mails envoyés et des renvois à des centres de référence. Des brochures sur les centres de loisirs locaux et des prescriptions écrites étaient parfois données dans les 2 cas. Beaucoup d'études s'appuyaient sur une approche de type entretien motivationnel.

La Mayo Clinic va dans le même sens [4]. Plusieurs revues de la littérature ne montrent pas de preuve d'efficacité d'une méthode par rapport à l'autre pour sortir les patients de leur sédentarité. Le conseil bref semble aussi efficace que les méthodes plus intensives. Les Suisses soulèvent tout de même une nuance : dans les groupes d'intervention minimale, les médecins sont des personnes déjà motivées par le sujet. Cela pourrait être une des raisons de cette faible différence [30].

Quoi qu'il en soit, le face-à-face reste le plus efficace. Adapter son intervention à chaque patient est important et a fait preuve de son efficacité. La méthode doit être personnalisée, avec une évaluation individuelle des besoins du patient, de sa motivation, de ses habitudes actuelles, ses préférences et ses réticences par rapport à l'AP [4]. Des étapes et des objectifs simples doivent être construits ensemble [4, 30]. Cela rejoint la définition de l'entretien motivationnel. Une connaissance des structures locales pour faire de l'AP est aussi un élément important.

La revue de la Mayo Clinic lance également des pistes pour augmenter l'efficacité du conseil en AP. Les auteurs préconisent de changer la connotation d'une AP qui ne concernerait que les loisirs et le sport. L'AP doit être vue comme un médicament (notion également reprise par l'OMS [10]). Elle devrait être traitée de la même façon que les agents pharmaceutiques et que d'autres interventions médicales. Les conséquences logiques seraient que la promotion de l'AP et la façon de donner des conseils devraient être inclus dans la formation initiale du personnel médical et paramédical, avec des règles pour évaluer l'AP, la prescrire et gérer son suivi. Il faudrait aussi se pencher sur le remboursement des services qui y sont liés, sur le financement de la recherche, sur son efficacité et sur la comparaison avec d'autres actions préventives et thérapeutiques [4].

### 3.2 Quelques outils

Bien que le conseil bref semble donner des résultats similaires à des interventions plus intensives en termes d'atteinte des recommandations, voici quelques outils utilisés pour promouvoir et prescrire l'AP.

#### 3.2.1 Les modèles psychologiques

Plusieurs théories psychologiques ont été adaptées au domaine de l'AP. Voici, en bref, les deux théories les plus utilisées dans les études [4, 26] :

- Modèle transthéorique du changement

Selon Prochaska et di Clemente, un changement de comportement passe par différents stades. Ce modèle a été initialement décrit pour le sevrage tabagique [8]. Amati et alii ont adapté ce modèle à la prescription de l'AP [32].

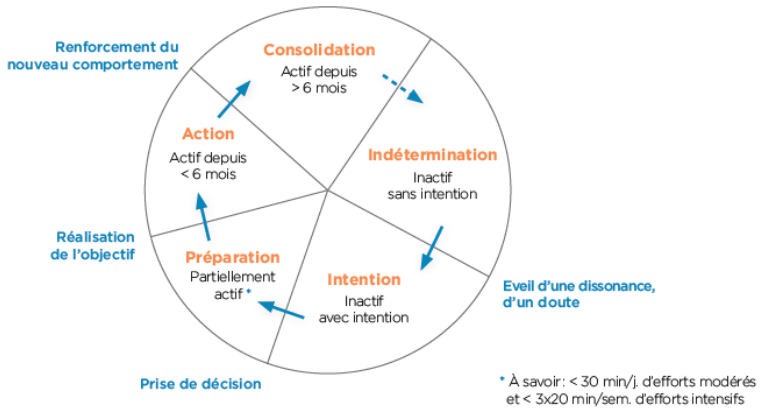


Figure 1 : Le cycle de Prochaska (d'après [8])

Voici un résumé de ce que Amanti et alii proposent :

Dans la **précomtemplation** (ou indétermination), le patient n'a aucune intention de changer ses habitudes. Il peut même être sur la défensive si on lui parle de changement. Le but du soignant est d'essayer d'augmenter la prise de conscience du patient et d'explorer avec lui les barrières au changement. Lors de la **contemplation** (ou intention), le patient est ambivalent. Il a des raisons de penser qu'il devrait être actif, mais il présente toutes les justifications pour ne pas le faire. Le soignant peut utiliser avec lui une grille d'ambivalence avec la comparaison des effets positifs et négatifs du changement et du non changement. Pour un comportement donné, 80 à 85 % des personnes sont dans ces deux premiers stades. Dans la **préparation**, le patient veut passer à l'action dans un futur proche. Il a déjà fait quelques changements (achat des chaussures,…), mais l'ambivalence n'est pas tout à fait résolue. La tâche du médecin est ici de trouver une stratégie acceptable, accessible, appropriée et efficace. Le médecin peut réaliser un plan précis avec le patient. Ils peuvent aussi reparler ensemble de l'ambivalence. Quand le patient passe à l'**action**, il a adopté des modifications et fait une AP régulière correspondant aux recommandations. Le patient peut rechuter (comme à tout moment) car ce comportement ne fait pas encore partie de son style de vie. Le médecin doit féliciter le patient. Ensemble, ils développent des stratégies pour prévenir les obstacles et

prévenir les rechutes. Au moment de la **maintenance** (ou consolidation), le patient intègre l'AP à sa vie quotidienne. Le but est que le changement devienne une habitude. Le médecin doit continuer à offrir son soutien.

- L'entretien motivationnel [8]

Ce modèle a été élaboré dans le cadre de l'addictologie par Miller et Rollnick. C'est un style de communication qui va permettre d'accompagner le patient dans sa démarche de changement. Le médecin va explorer avec lui ses valeurs propres et ses attitudes par rapport au changement souhaité. Le médecin laisse le patient formuler lui-même des solutions. Les grandes lignes de l'EM se retrouvent dans l'annexe 5.

L'EM utilise la balance décisionnelle pour aider à explorer l'ambivalence du patient. Chaque « plateau » de la balance est propre à chaque patient.

La SSMG a conçu une fiche avec les avantages et les inconvénients à la pratique d'une AP (Annexe 6).

### 3.2.2 La stratégie des 5As

Il s'agit d'une méthode simple, largement utilisée, et validée dans les protocoles de changement de comportement [4]. Elle est proposée également dans le changement vers une AP bénéfique pour la santé [4, 8, 27, 28]. Elle est indissociable des modèles psychologiques expliqués plus haut.

Voici un résumé de cette technique [8, 28] :

- **Ask** : demander au patient si nous pouvons aborder le sujet.
- **Advice** : fournir au patient des conseils et des informations adaptés en fonction de sa motivation à changer. Il faut tenir compte de son âge, son sexe, ses autres activités, ses autres tentatives,… C'est ici que nous expliquons les recommandations d'AP au patient, mais elles sont intégrées dans le cadre de l'EM.
- **Assess** : évaluer l'AP du patient et évaluer si celui-ci est prêt à changer. Nous pouvons par exemple lui demander de décrire une journée type et voir avec lui où il est actif physiquement et où il pourrait l'être. Le patient peut ainsi faire lui-même le constat de son manque d'AP. Ensuite, nous évaluons avec lui son intérêt pour la pratique régulière d'une AP. Nous pouvons utiliser le modèle des différents stades de motivation (modèle transthéorique).

- **Assist** : nous aidons le patient à trouver des solutions pour faire de l'AP. Nous lui donnons des informations pratiques et l'aidons à avoir confiance en lui.
- **Arrange** : nous organisons un suivi, fixons une prochaine visite.

Comme nous pouvons le voir, les différents outils utilisés jusqu'à présent peuvent être utilisés conjointement et ne s'excluent pas mutuellement.

### 3.2.3 La fiche d'information

Nous pourrions également remettre au patient une fiche toute faite sur l'AP. L'étude EDIMAP a montré que la majorité des patients était convaincue de l'utilité des fiches d'information aux patients [33]. Presque tous les patients pensent que les médecins devraient les utiliser plus fréquemment.

Au sujet de l'AP, bien que les auteurs parlent souvent de remise d'une fiche informative au patient, je n'ai trouvé nulle part de fiche toute faite. Sur les sites internet qui ont pour but de promouvoir l'AP (Paprica, Kino Québec, Exercise is Medicine, Manger-Bouger, site internet de l'OSH et bien d'autres), il s'agit surtout de dépliants de plusieurs pages avec les recommandations actuelles, les bienfaits de l'AP, et quelques conseils.

Sur la base de ces informations et d'une fiche-patient d'UpToDate [34], j'ai réalisé une fiche d'information pour le patient (Annexe 7). Celle-ci n'est pas une fiche validée et a été réalisée à titre d'exemple.

### 3.2.4 La prescription écrite

Le sport pourrait également être prescrit sur ordonnance, au même titre que les médicaments. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, l'AP fait partie des prescriptions en médecine générale. La prescription écrite a été utilisée dans de nombreuses études. Les Néo-Zélandais l'ont appelée la « green prescription » [31]. Il s'agit d'une prescription avec des conseils pour le patient et les buts à atteindre pour lui, après en avoir discuté avec le médecin. Les MG pensent que la prescription écrite ajoute plus de poids à leurs conseils verbaux et est un bon point pour finir la consultation. En effet, certains pensent que les patients se sentent « floués » s'ils ne reçoivent pas de prescription en fin de consultation. Dans cette étude, la marche était prescrite dans 80 % des cas. Cela ne nécessite pas beaucoup d'expérience en médecine sportive de la part du MG. Dans la suite de l'étude, cette prescription porte davantage ses fruits en termes d'augmentation de l'AP si les patients sédentaires sont par la

suite accompagnés par un autre professionnel de la santé comme un éducateur sportif spécialisé.

D'après ce que vous avons vu plus haut, la prescription écrite n'apporte pas davantage de résultats que le conseil bref. Néanmoins, il me semble que c'est un outil intéressant pour le MG. Et comme nous l'avons déjà suffisamment répété, l'approche doit de toute façon être personnalisée.

L'AP sur ordonnance continue à faire débat aujourd'hui. Habituellement, les médecins inscrivent sur cette ordonnance les caractéristiques de l'AP : nature, intensité, durée et fréquence des séances, ainsi que le suivi et les contrôles médicaux à observer. Certains voient cette prescription comme un bout de papier qui fait référence aux médicaments et est donc une façon imagée de démontrer au patient que l'AP est un médicament. D'autres voient cela comme une prescription médicamenteuse, qui pourrait être prise en charge par les mutualités. Nous en parlerons dans les exemples.

## 4. Quelques précautions

### 4.1 Le bilan de santé

Nous pourrions parler longuement du certificat d'aptitude sportive, ou plutôt du certificat de non contre-indication à la pratique sportive. En Belgique, il n'existe pas d'obligation légale pour ce type d'examen, ce sont plutôt les assurances des fédérations sportives qui le demandent [35]. Cela peut faire l'objet d'une autre recherche.

Ce bilan est conseillé avant d'entreprendre une AP, mais n'est pas toujours réalisable en pratique [9]. En effet, si le club sportif n'exige pas de certificat, le patient n'ira pas nécessairement voir son MG.

Dans la démarche de mon travail, le but est de faire bouger davantage les patients, et non d'en faire des sportifs de haut niveau. Ils n'iront pas d'office dans un club sportif. Néanmoins, il faut rester vigilent. Avant que l'objectif ne soit décidé en collaboration avec le patient, une anamnèse et un examen clinique orienté devraient être réalisés. D'autre part, s'il est décidé que le patient marchera 30 minutes par jour, ce qui correspond à une intensité faible à modérée, le bilan médical ne devra pas être aussi poussé que si le patient se met au jogging.

Quoi qu'il en soit, une anamnèse des symptômes, facteurs de risque, et antécédents cardiovasculaires reste indispensable ainsi qu'une anamnèse médicamenteuse [9, 35]. L'auscultation cardio-pulmonaire et un examen clinique orthopédique sont également à réaliser. Les examens complémentaires sont à discuter en fonction de l'âge, des antécédents et des signes cliniques [35].

4.2 L'AP en prévention secondaire, tertiaire et chez la personne âgée

Dans ce travail, j'ai essentiellement parlé de recommandations générales concernant la population adulte. Mais dois-je prescrire l'AP de la même façon si le patient est atteint d'une maladie chronique ou si le patient est âgé ?

Pour les maladies chroniques, il n'existe que rarement des contre-indications à la pratique d'une AP régulière, hors des phases d'exacerbations [22]. Il est cependant important d'adapter l'intensité de l'effort de façon individuelle et de réaliser une anamnèse et un examen clinique minutieux, en n'hésitant pas à envoyer le patient vers un spécialiste pour des examens complémentaires.

Par exemple, pour le patient atteint d'arthrose, les sports en décharge seront plutôt proposés (cyclisme, natation), ou la marche sur sol plus mou. Pour le patient diabétique, une analyse de son traitement et de sa tolérance à l'effort devra être réalisée. Le patient cardiovasculaire verra son AP prescrite en fonction d'une épreuve d'effort [11].

Chez les personnes âgées, il n'y a aucune contre-indication absolue à pratiquer une AP régulière pour autant qu'elle soit adaptée [22].

Dans les pays anglo-saxons, le concept d'« éducateur en AP » pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées est souvent mentionné dans les études. Ces éducateurs suivent les patients jusqu'à ce qu'ils soient plus autonomes. Bien que plus sécurisante, cette méthode est nettement plus coûteuse [4]. D'autre part, en termes d'atteinte des niveaux de recommandations en AP, cette technique ne semble pas montrer de bénéfices supérieurs par rapport à d'autres méthodes [4, 26].

Néanmoins, le MG pourrait se faire aider de ces éducateurs spécialisés. Pas tellement dans le but d'une promotion de l'AP, mais plutôt pour que le patient déjà fragilisé réalise une AP dans un cadre sécurisant. Ce concept existe aussi en Belgique.

En effet, il existe une formation universitaire (un master) pour devenir éducateur en Activité Physique Adaptée (APA), destinée aux kinésithérapeutes et aux diplômés en éducation physique. Cette notion d'APA est déjà enseignée à ces deux types de professionnels.

5. <u>En pratique, quels exercices conseiller et comment ?</u>

Comme nous l'avons déjà mentionné, lorsqu'il y a prescription d'AP, le médecin doit préciser la nature de l'exercice, la fréquence des séances, la durée et l'intensité [9].

**La nature** : il faut proposer des AP qui sollicitent l'endurance, comme la marche, la course à pied, le vélo, la natation,… Comme la motivation est le facteur le plus important pour que l'AP soit réalisée de façon régulière et durable, il faut trouver une AP qui plaise au patient. Il faut tenir compte de différents facteurs [16] :

- individuels : motivations, obstacles, avantages ;
- sociaux : famille, amis, collègues,… ;
- environnementaux : accès à un club de sport, milieu urbain VS campagne, transports en commun,…

Encore une fois, cela revient à réaliser un EM avec son patient.

**La fréquence** : l'AP devrait être réalisée 3 à 5 fois par semaine.

**La durée** : 20 à 30 minutes par jour.

**L'intensité** : nous avons défini plus haut ce qu'étaient une activité d'intensité modérée et une activité d'intensité élevée.

Pour évaluer l'intensité, nous disposons de plusieurs outils. Les plus utilisés sont la fréquence cardiaque (FC), les équivalents métaboliques (MET), et le score de fatigue [9].

Tableau 1 : repères qualitatifs et quantitatifs (d'après [3])

| Difficulté ressentie (score de l'échelle de Borg) | Intensités repères | Signes physiques repères | Dépense énergétique repère (en MET ou cal/kg/h) | Pourcentage de la fréquence cardiaque de réserve (FCmax-FCrepos) | Exemples d'activités |
|---|---|---|---|---|---|
| **6-7** Aucun effort à extrêmement facile<br>**8-9** Effort très léger<br>**10-11** Effort léger | Légère | • Chaleur<br>• Transpiration | 3 | < 40% | Marche, golf, patinage lent, pêche, baignade, jeu de quilles, danses sociales, ménage, voile, jouer d'un instrument de musique |
| **12-13** Effort moyennement facile | Modérée | • Chaleur<br>• Transpiration<br>• Battements cardiaques accélérés<br>• Essoufflement modéré | 3-6<br>Les activités deviennent sportives à partir de 4,5 | 40-60% | Tonte du gazon, nettoyage des tapis, golf, jogging lent, natation, aérobic, ski alpin, vélo |
| **14-15** Effort difficile<br>**16-17** Effort très pénible<br>**18-20** Effort extrêmement pénible à exténuant | Intense à très intense | • Chaleur<br>• Transpiration<br>• Battements cardiaques accélérés<br>• Essoufflement progressivement intense | 6<br>et > 6 | 60-85%<br>et > 85% | Pelletage, porter des charges lourdes, course à pied, ski de fond, football, hockey, basketball |

Toutes les AP peuvent être classées en fonction du niveau d'énergie dépensée, soit en MET. Pour réaliser une activité d'intensité modérée, nous pouvons marcher de façon soutenue (4km/h = 3 MET, 5,6 km/h = 5,5 MET), laver la maison (=3 MET), repasser (=3,5 MET),… Mais il ne faut pas oublier que l'intensité varie en fonction des capacités de la personne concernée. Par exemple, si la personne est inactive, le fait de marcher à allure soutenue constitue une AP modérée. Par contre, si la personne est jeune et en bonne santé, elle devra marcher plus vite pour que l'activité soit considérée comme modérée. Il doit y avoir la notion d'essoufflement comme indiqué dans les définitions. Il suffit de dire au patient qu'il doit ressentir un léger essoufflement, mais qu'il doit pouvoir continuer son effort tout en parlant.

Concernant la FC, plusieurs notions sont intéressantes à connaître, surtout lorsque la FC doit être précisément contrôlée (par exemple chez les sujets à risque). En pratique, lors d'AP modérée, il est plus aisé de se fier au niveau d'essoufflement et de transpiration. Les notions plus spécifiques sont décrites dans l'annexe 8.

En plus des différentes caractéristiques de l'AP, il est important d'expliquer au patient qu'il doit s'échauffer un minimum et qu'il doit également réaliser des étirements ainsi que des exercices de souplesse.

Enfin, nous pouvons donner à nos patients quelques conseils pour être actifs, sans s'en rendre compte, comme par exemple monter les escaliers plutôt que de prendre l'ascenseur,… D'autres conseils sont donnés dans l'annexe 9.

## 6. Quelques exemples

La promotion de l'AP occupe, depuis quelques années, une place importante dans le secteur de la santé. Les programmes et les initiatives qui lui sont dédiées augmentent sans cesse. Je m'attarderai uniquement sur un programme suisse qui m'a particulièrement intéressée (« Paprica ») et sur quelques programmes ou initiatives qui existent en Belgique (« Raviva », l' « asbl Gymsana », l' « OSH », le projet à Frasnes-Lez-Anvaing, les mutualités et « JCPMF »). Cette liste n'est pas exhaustive. En plus de cela, les sites « Kino-Quebec » (approche globale de la promotion d'un mode de vie sain), « mangerbouger » en France et « Exercise is Medicine » aux Etats-Unis sont à parcourir. L'annexe 10 reprend les différents sites internet utiles.

### 6.1 Paprica

Il s'agit d'une initiative née en Suisse vaudoise fin des années 2000 qui consiste à former des médecins à la promotion de l'AP, en utilisant essentiellement l'EM. Les organisateurs proposent des formations gratuites pour les médecins (une après-midi) afin de les initier à la promotion de l'AP. Après avoir pris contact avec eux, j'ai pu visionner l'intégralité de cette formation grâce à des vidéos. Il y a tout d'abord un côté théorique concernant l'AP et l'EM, puis des mises en situation pratiques avec des outils pour le médecin, et enfin les médecins font eux-mêmes un peu d'exercice pour parvenir à expliquer aux patients ce qu'est une AP modérée, intense, et des exercices d'entraînement et d'étirement. Ils ont un site internet très bien fait avec une partie pour les professionnels, et une partie pour les patients. Il y a un guide à destination des professionnels et plusieurs fiches pour les patients (recommandations, AP et certaines pathologies,…) Il y a également une section avec tous les programmes d'AP dans la région.

### 6.2 Raviva

La Fondation contre le cancer a mis en place un programme de remise en forme pour les personnes majeures atteintes d'un cancer qui sont en cours de traitement et jusqu'à un an après la fin du traitement. Ce programme s'appelle « Raviva » et est entièrement gratuit. Ce programme est conçu par des spécialistes (en cancérologie, médecine sportive et réhabilitation) et est encadré par des moniteurs spécialisés. Les AP sont l'aquagym, la gymnastique, la marche,… Une carte avec les différents lieux d'AP est disponible sur le site internet.

6.3 Asbl Gymsana

Il s'agit d'une asbl fondée en 2008. Elle propose des APA aux personnes âgées et/ou handicapées, ainsi qu'aux personnes atteintes de maladies chroniques telles que l'Alzheimer ou le Parkinson. Le but est de prévenir les effets néfastes de la sédentarité et du vieillissement. Le programme est encadré pas des spécialistes en APA (kinésithérapeutes ou diplômés en éducation physique avec une formation supplémentaire en APA). Les différents programmes comprennent de la gymnastique, de la gymnastique sur chaise, des exercices pour prévenir les chutes et des exercices spécifiques pour la maladie d'Alzheimer et pour les personnes handicapées mentales. L'asbl se déplace dans les structures (maisons de repos,…) et organise des cours collectifs dans des salles omnisport,… La liste détaillée se trouve sur le site internet.

6.4 Observatoire de la Santé dans la province du Hainaut

L'OSH est très actif en ce qui concerne la promotion de l'AP. Beaucoup de fascicules sont disponibles sur le site internet : « Marcher, pour le plaisir, pour la santé ! », « Pratiquer une activité sportive après 50 ans, pourquoi pas vous ? », « Bouger... Pour votre santé, 30 minutes par jour suffisent ! », ainsi que la brochure « 0-5-30 Combinaison Santé » (campagne 0-5-30 vue également à la télévision : 0 cigarette, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'AP sur une journée pour la santé). C'est également l'OSH qui a rédigé, en collaboration avec la SSMG, l'article sur le DMG +.

6.5 Frasnes-Lez-Anvaing

Depuis septembre 2013, un projet pilote de « sport sur ordonnance » a été lancé à Frasnes-Lez-Anvaing. En effet, la commune permet aux médecins de prescrire des séances de sport gratuites aux habitants atteints de certaines maladies.

J'ai contacté Jacques Dupire, médecin généraliste et échevin de cette commune, pour qu'il m'en dise davantage sur le sujet. Depuis longtemps, la commune voulait encourager la pratique d'AP, mais il fallait *« matérialiser la chose »*. Elle a eu vent de l'expérience strasbourgeoise et est allée sur place pour voir de quoi il s'agissait. Depuis 2012, le projet de « Sport Santé sur ordonnance » a été lancé par la ville de Strasbourg, permettant aux médecins de prescrire une AP adaptée aux patients porteurs de certaines maladies chroniques (maladie cardiaque stable, diabète de type 2 et obésité modérée). Les patients sont suivis par des éducateurs spécialisés en AP qui les aident à définir un programme adapté. Le suivi est ensuite réalisé à 1, 6 et 12 mois. L'éducateur envoie un rapport au MG.

L'idée a très vite séduit la délégation belge, qui voulait cependant être davantage entourée par un comité scientifique, ainsi que par un réadaptateur et une diététicienne. Les prescriptions ont été lancées par les MG pour les patients souffrant d'une maladie cardiovasculaire stabilisée, d'un infarctus depuis au moins 6 mois, d'un diabète de type 2, d'un syndrome métabolique avec obésité, d'hypertension stabilisée ou encore pour les patients nécessitant un reconditionnement après le cancer. Le passage chez le cardiologue est obligatoire, et il fixe les objectifs de FC. Le professeur Marc Francaux, physiologiste du sport qui a collaboré au projet, explique que « *le but de ce projet est de prendre certaines personnes qui ont des pathologies pour lesquelles on sait que l'AP est bénéfique, de les mettre dans un contexte dans lequel elles sont encadrées, et de les ré-entraîner progressivement à l'exercice* ». La salle de fitness de Frasnes accueille donc une vingtaine de patients qui sont encadrés par un éducateur sportif. Pour cela, la commune a débloqué 15000 euros. Après 6 mois, le bilan est positif.

6.6 Les mutualités

Presque toutes les mutualités en Belgique proposent un remboursement allant de 25 à 40 euros par an par bénéficiaire pour l'inscription à un club sportif ou à une autre structure reconnue.

6.7 JCPMF

Enfin, voici un résumé de ce programme de course à pied.

C'est une initiative belge de l'asbl Sport et Santé, avec le soutien du magazine de course à pied « Zatopek » et du Ministère des sports de la Communauté française qui a vu le jour en 2008. L'objectif est d'initier à la course à pied des personnes peu ou pas sportives qui souhaitent améliorer leur forme physique et/ou mentale.

Il s'agit d'un programme encadré par des animateurs formés par l'asbl Sport et Santé. Il existe 4 niveaux : de 0 à 5 km, de 5 à 10 km, de 10 à 15 km et de 15 à 20 km. Le programme dure 12 semaines, avec 3 entraînements par semaine. Au moins un des entraînements est encadré. Chaque participant reçoit un jeu de carte avec les différentes séquences de l'entraînement : minimum 10 minutes d'échauffement, puis un temps variable de course (alternance course et marche/trottiner) en fonction du niveau, puis 5 minutes d'étirement.

## V. Enquête

Voici les résultats de l'enquête que j'ai menée auprès des MG de ma région (tridodécagroupe) et auprès d'autres MG m'ayant répondu par internet. J'ai obtenu 93 réponses dont 19 réponses auprès du tridodécagroupe. Tous les nombres sont exprimés en pourcentage sauf pour les deux premières figures qui représentent le nombre et l'âge des participants.

La question du type de pratique a été supprimée, car la question était ouverte et a été interprétée de différentes façons.

Je n'ai inséré dans cette partie que les figures qui me semblaient pertinentes. Tous les résultats ont été transcrits en figures et se trouvent en annexe 11.

- Participants :

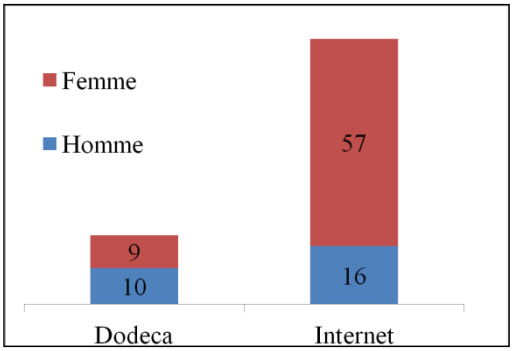


Figure 2 : sexe des participants (dodeca et internet)

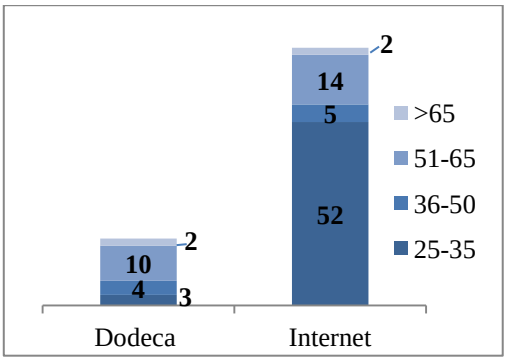


Figure 3 : âge des participants (dodeca et internet)

93 médecins ont répondu au questionnaire. 19 médecins ont répondu lors du tridodécagroupe. 73 médecins ont envoyé le questionnaire rempli par internet.

Nous pouvons voir que le groupe du dodéca est assez représentatif en termes de mixité et de répartition des âges. Dans le groupe internet par contre, nous pouvons voir que les répondants sont surtout des femmes âgées entre 25 et 35 ans. Un biais de sélection existe du fait d'un taux de réponses important des assistants (qui sont en majorité des femmes). Lors du dépouillement, j'ai analysé séparemment toutes les données et me suis rendue compte que les réponses des deux groupes étaient très similaires. D'autre part, les personnes qui ne rejoignaient pas la majorité pour telle ou telle question étaient aussi bien des hommes que des

femmes, d'âges différents. Dans la suite de l'enquête, je n'ai donc pas séparé les deux groupes, d'autant plus que le but n'était pas de savoir si le sexe et l'âge influencent la promotion de l'AP par le MG.

- La promotion de l'AP : à qui le rôle ?

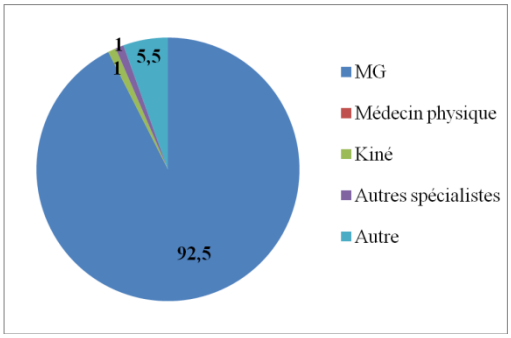


Figure 4 : rôle de la promotion de l'AP

92,5% des MG interrogés pensent que c'est le rôle du MG de promouvoir l'AP. Certains apportent néanmoins une nuance. Bien que le MG ait un rôle très important, ils pensent que prendre soin de son corps fait partie de l'éducation générale. C'est donc aussi le rôle des enseignants, des parents, et de tous les autres dispensateurs de soins. Le MG n'est pas seul responsable de l'éducation sportive de ses patients. Un autre MG propose un assistant en prévention au cabinet médical pour remplir ce rôle.

Ces chiffres sont en accord avec ce que nous avons vu dans la littérature. Aussi bien les autorités que les MG pensent que la promotion de l'AP est un des rôles du MG.

- La prévention de l'inactivité physique, aussi importante qu'un autre traitement ?

93 % des MG interrogés sont d'accord avec ce concept. Cela rejoint les idées de l'OMS.

- Dépistage de la sédentarité :

74 % des MG disent dépister la sédentarité chez leurs patients. Pour rappel, dans l'enquête sur le DMG +, 46 % des médecins interrogés parlent systématiquement d'AP avec leurs patients et 47 % en parlent occasionnellement, souvent suite à une situation évocatrice.

En pratique, le dépistage se fait (questions plus précises dans l'annexe 11) :

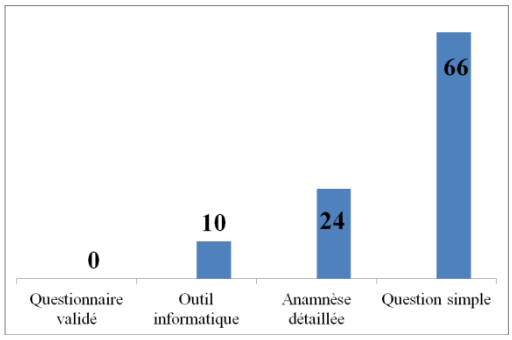


Figure 5 : outils de dépistage

La majorité des MG qui dépistent la sédentarité chez leurs patients le font grâce à une simple question du style : « *faites-vous de l'exercice physique ?* ».

82 % des MG seraient d'accord d'utiliser le questionnaire proposé (Annexe 11). Pourtant, à la question précédente, aucun médecin n'utilise de questionnaire validé alors qu'il en existe beaucoup. Proposer ce questionnaire porterait-il ses fruits en pratique ? Est-ce la difficulté à se procurer un questionnaire et surtout le manque de temps qui expliquent que les médecins n'utilisent pas ce type d'outils ? Ou bien, comme nous en avons discuté dans la partie sur le dépistage de la sédentarité, existe-t-il déjà trop de questionnaires? Bien que pratique et concis, ce questionnaire ne serait sans doute pas plus utilisé que ceux déjà proposés.

- <u>Comment aborder le conseil en AP ?</u>

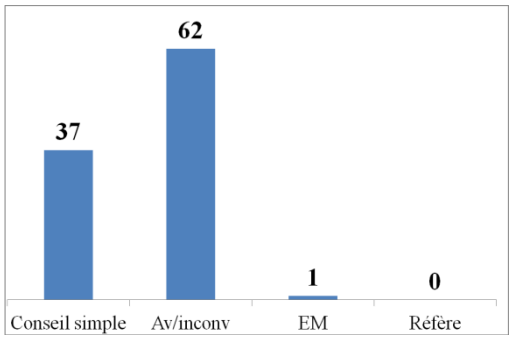


Figure 6 : le conseil en AP par les MG

Le listing des avantages et des inconvénients à pratiquer une AP est utilisé dans 2/3 des cas pour aborder et promouvoir l'AP. Le conseil simple est utilisé dans 1/3 des cas (*« Je conseille de faire du sport, sans entrer dans les détails »*). Selon la littérature, le conseil bref

est aussi efficace que d'autres méthodes. Il doit comprendre au minimum une explication sur les bienfaits de l'AP et sur les recommandations. Par contre, les MG interrogés ne semblent pas très imprégnés de la démarche de type EM, et aucun ne réfère ses patients (kiné,…).

- Utilité d'une fiche informative en AP :

74 % des médecins seraient intéressés par la remise d'une fiche d'information aux patients.

- Prescription de l'AP sur ordonnance, utilité ?

60 % des médecins pensent qu'une ordonnance d'AP peut être utile pour promouvoir l'AP chez leurs patients.

- Les bonnes habitudes du MG encouragent-elles les patients ?

70 % des MG pensent que leurs propres habitudes peuvent influencer favorablement leurs patients.

- La formation en AP est-elle suffisante ?

Seulement 32 % des MG pensent avoir reçu une formation suffisante en AP.

En résumé, les MG sont bien conscients de leur rôle dans la promotion d'une AP bénéfique. Ils considèrent cette prévention comme aussi importante qu'un autre traitement. 3/4 des MG réalisent un dépistage de la sédentarité dans leur patientèle, souvent à l'aide de questions simples. Un questionnaire pourrait être utilisé, mais il en existe déjà beaucoup. C'est presque toujours le conseil bref qui est utilisé pour promouvoir l'AP, souvent avec l'utilisation des avantages et des inconvénients de l'AP. Une fiche informative pourrait aider les patients. Enfin, même si c'est leur rôle, les MG ne se sentent pas toujours bien formés pour promouvoir l'AP.

## VI. Ma prescription en pratique

Après avoir lu et appris beaucoup d'éléments en ce qui concerne la promotion d'une AP auprès des patients par le MG, et après avoir eu l'avis de mes confrères, j'ai voulu terminer

mon travail par un algorithme qui me semble pratique et logique (p. 41). Des algorithmes de prise en charge pour les patients sédentaires existent déjà, par exemple dans la revue « Paprica ». Je m'en suis inspirée. J'ai également utilisé les idées concernant la prise en charge du sevrage tabagique mis à disposition sur le site de la SSMG. J'ai voulu intégrer davantage le dépistage de la sédentarité et les différents outils décrits dans ce travail. Il est clair que nous ne savons pas toujours guider une consultation exactement comme nous voulons et que celle-ci évoluera avec le patient et ses idées. Dès lors, il s'agit de pistes et non pas d'un algorithme à respecter absolument à la lettre.

Le point de départ est d'aborder le thème de l'AP en demandant l'accord au patient. Ainsi, il est acteur dans cette démarche de changement de comportement.

Si le patient ne veut pas en parler, il a au moins entendu le terme « activité physique ». Cela déclenche automatiquement, je pense, la question suivante : « *suis-je actif ?* ». Même si, au vu des recommandations, sa perception n'est pas nécessairement juste, cela a le mérite de susciter le questionnement. Le parallèle peut être fait avec le tabac. Si nous demandons : « *pouvons-nous parler du tabac* ? », le patient sait que la question suivante sera : « *Fumez-vous ?* ». Ensuite, la fiche d'information peut être remise au patient et celui-ci y réfléchira à tête reposée.

Si le patient est d'accord d'aborder la question de l'AP, nous allons dépister la sédentarité. J'ai choisi de le faire suivant 3 questions :

- « *Que signifie, pour vous, l'AP* ? » → Ainsi, nous pouvons nous attarder sur les conceptions du patient. Un des éléments importants que nous avons appris est de faire comprendre au patient que l'AP n'est pas un sport de compétition. En redéfinissant ensemble l'AP, celle-ci devient à portée de main.

- « *Savez-vous ce qu'il est conseillé de faire ?* » →Cela nous permet d'introduire les recommandations.

- « *Où vous situez-vous ?* » → Comme il a déjà été dit, nous n'allons pas compter les minutes précises d'AP sur une journée. Une évaluation grossière peut suffire dans le cadre de notre consultation. A ce stade, le patient peut réaliser lui-même le constat de sa sédentarité.

Si le patient est actif, il faut l'encourager. Sinon, nous essayons d'évaluer sa motivation au changement en nous aidant du cercle de Prochaska et de la grille d'ambivalence.

Si le patient n'a pas envie de changer, il a au moins reçu l'information concernant l'AP et les recommandations. Nous pouvons éventuellement lui laisser une fiche d'information.

Si le patient montre un intérêt au changement, nous pouvons lui donner des conseils et entreprendre une démarche de type « entretien motivationnel » pour essayer de trouver ensemble une AP qui lui convienne.

J'ai ensuite laissé la place au coté « médical » de la consultation. Bien sûr, tout cela peut se faire en plusieurs consultations. Je voulais incorporer l'examen clinique à cet endroit pour respecter les différents temps de la consultation avec lesquels nous avons l'habitude de travailler, à savoir : pas de prescription avant d'avoir examiné le patient. Il est évident que lorsque la question de l'AP est lancée au point précédent et que nous réalisons, par exemple, une grille d'ambivalence, les questions du patient et ses réflexions peuvent déjà le mener à la prescription de son AP idéale. En effet, pour que celle-ci soit durable, elle doit être décidée par le patient en fonction de ses envies et de ses motivations.

Une place est laissée au sujet à risque. Il est préférable que celui-ci soit référé au spécialiste pour une prescription d'AP mieux adaptée. Mais encore une fois, cela doit être réalisé au cas par cas. S'il est décidé que le patient marchera 30 minutes tous les jours, il n'est pas toujours nécessaire de le référer. Dans le cas contraire, nous aurons joué notre rôle de promotion d'une AP.

Enfin, si nous prescrivons l'AP, nous pouvons utiliser une simple ordonnance pour écrire les 4 paramètres de l'AP. Essayons également d'y inscrire des objectifs, et de prévoir un suivi.

Pour finir, il est important de pouvoir proposer des solutions concrètes. La nature de l'AP est discutée lors de l'EM mais il peut être intéressant pour le médecin de connaître quelques programmes locaux.

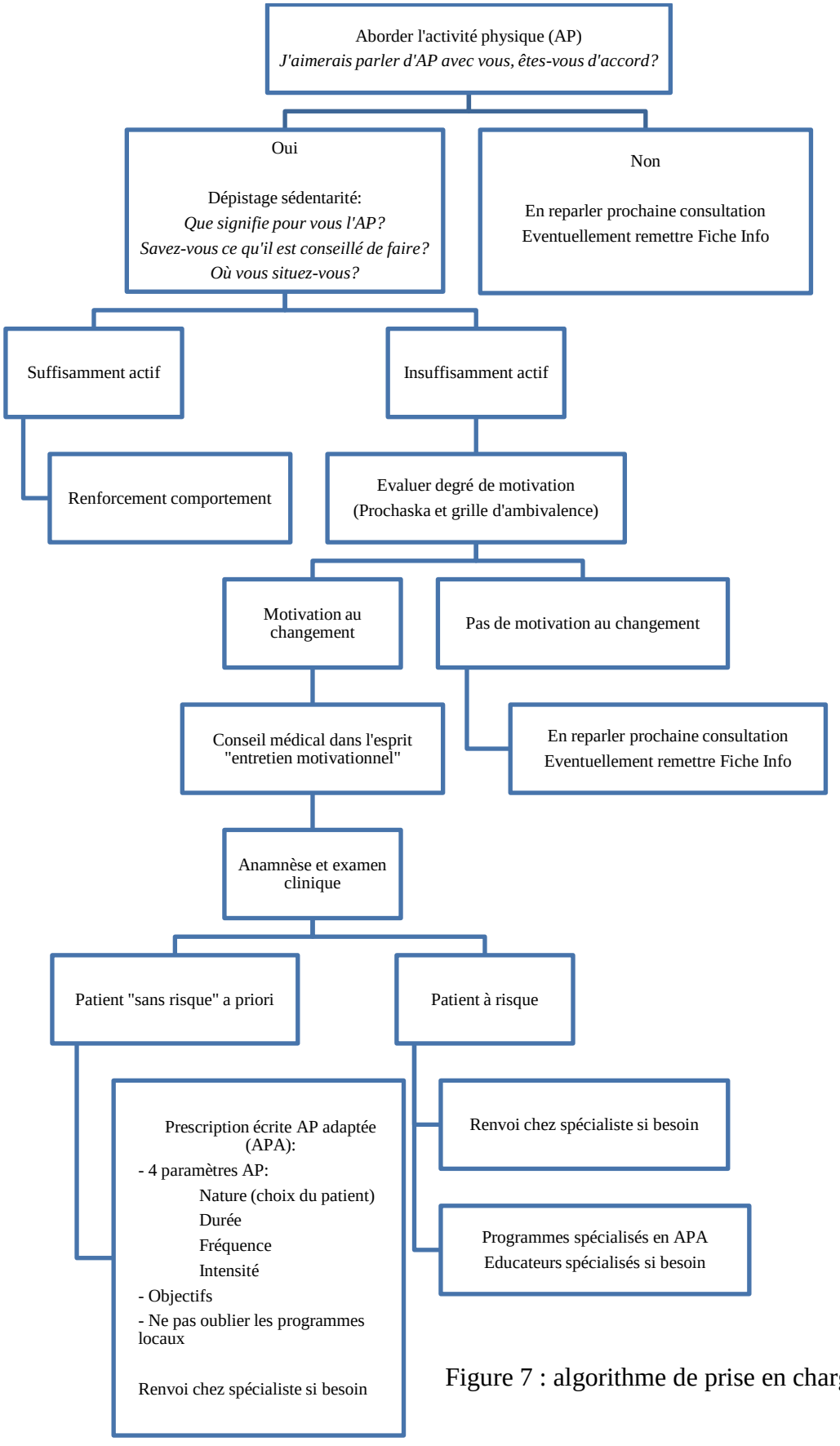


Figure 7 : algorithme de prise en charge

## VII. Conclusion

Au terme de ce travail, nous avons pu nous rendre compte à quel point la sédentarité est présente dans notre société et combien la lutte contre l'inactivité physique peut avoir des effets bénéfiques pour notre santé.

L'objectif du travail était de définir le rôle du MG dans la promotion d'une AP bénéfique pour les patients adultes, atteints ou non de maladie chronique. Voici les éléments qui ont découlé de nos recherches, de notre enquête et de nos réflexions.

Le MG a un rôle très important dans la promotion de l'AP au cabinet médical.

Une majorité de MG dépiste la sédentarité chez les patients. C'est souvent une simple question sur l'AP qui est posée. Le MG devrait, au minimum, connaître les recommandations en vigueur.

Le conseil bref est la méthode la plus efficace. Cependant, une méthode plus personnalisée, de type entretien motivationnel, permet un changement durable de comportement.

D'autres outils sont proposés pour permettre au MG de promouvoir et de prescrire au mieux l'AP à ses patients. La fiche d'information et la prescription écrite ont fait preuve de leur efficacité. Une formation supplémentaire devrait également être dispensée au MG pour mieux parler d'AP avec sa patientèle.

Les bénéfices d'une AP modérée sont largement supérieurs aux risques encourus. Dans tous les domaines, tout est une question de modération.

Le MG devrait connaître les structures locales pour pouvoir les renseigner. Qu'il s'agisse de centres spécialisés avec des éducateurs formés, d'asbls pour personnes fragilisées ou encore de centres sportifs ou de structures plus libres comme les programmes de JCPMF.

Pour finir, la promotion d'une AP va de pair avec la réduction de la sédentarité. Même si nous avons considéré ces deux termes comme équivalents tout au long du travail, il va de soi qu'il faudrait davantage se pencher sur les comportements sédentaires.

Nous nous sommes attardés sur le rôle que doit jouer la première ligne de soins pour améliorer le niveau d'AP des patients pour un effet bénéfique de leur santé. Comme l'OMS le préconise, cela relève d'une action multisectorielle. L'AP dépend de différents facteurs et cadres de vie. Le MG peut aider le patient en ce qui concerne certains facteurs individuels (explication des bienfaits, motivation, croyance,…). Le soutien des politiques est indispensable pour une action sur le cadre de vie local et général de la population. L'OMS propose de créer des environnements sociaux et physiques où l'AP serait la norme pour tous les groupes d'âges et pour tous les groupes socio-économiques. Elle propose d'incorporer davantage l'AP au cadre de vie des citoyens (lieux de travail,…) et entre autres à la façon de se déplacer (garantir encore plus de sécurité pour les cyclistes et les piétons,...). Les offres sportives devraient mieux correspondre aux conditions de vie actuelles (horaires,…) [10].

Dans ce travail, nous n'avons pas parlé des enfants ni des adolescents. Mais il est clair que tous les acteurs de l'éducation au sens large mais d'abord leurs parents et leurs enseignants devraient être des exemples en termes d'AP.

Au vu de la littérature et de l'enquête, les MG parlent d'AP à leurs patients. Personnellement, après avoir côtoyé beaucoup de MG, je pense que ces chiffres sont légèrement surestimés. Récemment, j'étais à une formation sur l'évaluation du risque cardiovasculaire. J'ai constaté que le facteur de risque « sédentarité » était mis sur le côté par les orateurs et avait clairement moins de place que la tension artérielle ou le taux de cholestérol. C'est aussi l'impression que m'ont laissée les cours en master. L'idéal serait que les futurs MG soient mieux formés pour promouvoir l'AP et éventuellement mieux la prescrire. Si cela n'est pas possible, je pense que le minimum serait de donner autant de place à la lutte contre la sédentarité qu'au combat contre les autres facteurs de risque cardiovasculaires.

Avant la réalisation de ce travail, je voyais le programme JCPMF comme une opportunité d'accompagner les patients dans une activité sportive. Aujourd'hui, je pense que cet accompagnement doit aussi se faire au cabinet médical. Grâce à mes recherches, j'ai découvert quelques astuces pour parler d'AP aux patients de façon plus claire, plus précise et plus motivante avec une approche personnalisée. J'ai acquis la conviction de promouvoir l'AP de manière active dans ma pratique future : avec mon carnet de prescription en poche et mes baskets aux pieds.

**Références**


1. Organisation mondiale de la Santé. **Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé**. Genève : bibliothèque de l'OMS, 2010

2. Tafforeau J. **La pratique d'activités physiques**. Bruxelles : enquête de santé par interview, 2008

3. Sittarame F, Golay A. **Comportements d'inactivité physique : une réponse adaptative inappropriée au maintien de la santé dans nos sociétés ?** Rev Med Suisse, 2013 ; 9 : 679-683

4. Vuori IM, Lavie CJ, Blair SN. **Physical Activity Promotion in the Health Care System**. Mayo Clin Proc, 2013; 88 (12): 1446-1461

5. Servais A. **Promotion et prescription d'une activité physique : le rôle du médecin généraliste**. 2011, Université catholique de Louvain

6. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. **Activité physique et santé en Europe : informations au service de l'action**. Paris : Organisation Mondiale de la Santé, 2009

7. World Health Organization. **The World Health Report**. Genève: World Health Organization, 2002

8. Bize R. **Paprica : Promotion de l'activité physique au cabinet médical. Manuel de référence à l'usage des médecins.** Policlinique Médicale Universitaire, Office fédéral du sport, Collège de Médecine de Premier Recours, Ligue vaudoise contre les maladies cardiovasculaires. Lausanne, 2012

9. Kenney WL, Wilmore JH, Costill DL. **Physiologie du sport et de l'exercice**. 5e éd. Bruxelles : de boeck ; 2013

10. Organisation mondiale de la Santé. **Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité. L'alimentation et l'exercice physique pour la santé**. Copenhague : Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe, novembre 2006

11. Depiesse F, Grillon JL, Coste O. **Prescription des activités physiques : en prévention et en thérapeutique.** Paris : Masson ; 2009

12. Le petit Robert. Paris: J. Rey-Debove, A. Rey; 2011. Dictionnaires Le Robert; p. 2339

13. Fox M. **What is sedentarism ?** J Acad Nutr Diet, 2012; 112 (8): 1124-1128

14. Institut national de la santé et de la recherche médicale. **Activité physique. Contexte et effets sur la santé.** Paris : Les éditions Inserm ; 2008

15. Thibault G. **Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé, synthèse de l'avis du Comité scientifique de Kino-Quebec et applications**. Québec : Bibliothèque nationale du Québec ; 1999

16. De Bourdeaudhuij I, Bizel P. **Plan National Nutrition Santé. L'activité physique en Belgique.** Bruxelles ; 2006

17. Organisation mondiale de la Santé. **Centre des médias. Activité physique**. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/fr/ consulté le 14/03/14

18. Deschamps S. **Evaluation du niveau d'activité physique de la population de la pointe de Caux**. 2009, Faculté de médecine de Rouen

19. Grosclaude M, Ziltener JL. **Les bienfaits de l'activité physique (et/ou les méfaits de la sédentarité)**. Rev Med Suisse, 2010 ; 6 : 1495-1498

20. Peterson DM. **Overview of the benefits and risks of exercise**. http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-benefits-and-risks-of-exercise?source=search_result&search=physical+activity&selectedTitle=2~150 consulté le 7/12/2013

21. Lecomte J. **Immunité et sports**. In : Certificat interuniversitaire de Médecine du Sport. Louvain La Neuve, 4/4/2014

22. Seematter-Gagnoud L, Lenoble-Hoskovec C, Santos-Eggimann B, Bula C. **Promotion de l'activité physique chez les aînés : enjeux et stratégies spécifiques**. Rev Med Suisse, 2012 ; 8 : 1453-14574

23. Société scientifique de médecine générale. **La médecine générale**. http://www.ssmg.be/la-ssmg/la-medecine-generale consulté le 15/03/2014

24. Heymans I. **Pourquoi des soins de santé primaires ?** Santé conjuguée, 2006 ; 37 : 25

25. Sallis R. **Developing healthcare systems to support exercise : exercise as fifth vital sign**. Br J Sports Med, 2011; 45 (6): 473-474

26. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. **Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials**. BMJ, 2012; 344: e1389

27. Vanderstraeten J, Van der Schuren T. **Oser prescrire l'activité physique…** Rev Med Generale, 2012 ; 291 : 16

28. Khan KM, Weller R, Blair S. **Prescribing exercise in primary care: Ten practical steps on how to do it**. BMJ, 2011; 343: d4141

29. Couteau MJ, Massot C, Gregoire C, Berghmans L. **De la prevention au DMG +: résultats de l'enquête auprès de 400 médecins généralistes du Hainaut**. Rev Med Generale, 2013 ; 308 : 40-51

30. Bize R, Surbeck R, Padlina O, Peduzzi F, Cornuz J, Martin B. **Promotion de l'acticité physique au cabinet médical : où en sommes-nous en Suisse ?** Rev Med Suisse, 2007 ; 3 : 2731-2736

31. Swinburn BA, Walter LG, Arroll B, Tilyard MW, Russell DG. **Green prescriptions : attitudes and prescriptions of general practioners towards prescribing exercise**. Br J Gen Pract, 1997 ; 47 : 567-569

32. Amati F, Patella M, Golay A. **Comment prescrire en pratique médicale l'exercice physique ?** http://revue.medhyg.ch/print.php3?sid=22210, consulté le 24/3/2014

33. Sustersic M, Voorhoeve M, Menuret H, Baudrant M, Meneau A, Bosson JL. **Fiches d'information pour les patients : quel intérêt ? L'étude EDIMAP**. Rev Med Generale, 2010 ; 276 :332-339

34. Peterson DM. **Patient Information : Exercise (The Basics)**. http://www.uptodate.com/contents/exercise-beyond-the-basics?source=see_link consulté le 7/12/2013

35. Ouchinsky M. **Le certificat d'aptitude sportive**. Rev Med Brux 2013 ; 34 :350-356

**Annexes :**

## Annexe 1 : Enquête auprès des participants du programme JCPMF à Libin

Programme JCPMF de septembre à décembre 2013.

1. Questionnaires subjectifs :

   1.1. Résumé des résultats intéressants du premier questionnaire en début de programme : **33 réponses**.

a) Eléments que les participants recherchent en priorité en participant à un tel programme. 8 éléments sont proposés. Le répondant doit les classer par ordre d'importance. Voici ce que les participants interrogés ont répondu (classés du plus important au moins important) :

- amélioration de l'endurance ;
- détente et diminution du stress ;
- perte de poids ;
- convivialité ;
- bénéficier de conseils adaptés ;
- activité sportive en groupe ;
- sécurité ;
- amélioration des performances en vue de participer à une compétition.

b) Question ouverte : Est-ce un plus que le programme soit co-animé par la maison médicale de Libin ?

100 % des répondants sont d'accord avec cela.
Les raisons le plus souvent évoquées sont les suivantes :

- une sécurité supplémentaire ;
- c'est plus rassurant ;
- conseils adaptés ;
- bilan de santé préalable proposé ;
- professionnalisme en cas de problème.

c) Questions concernant le rôle du MG :

- Votre médecin vous a-t-il déjà parlé de sport ? 45 % répondent OUI.
- Vous a-t-il déjà conseillé de faire du sport ? 42 % répondent OUI.
- Pensez-vous que ce soit son rôle ? 87 % répondent OUI.
- Le sport fait-il partie des prescriptions médicales, au même titre que les autres médicaments ? 90 % répondent OUI.

d) Quel serait le meilleur moyen pour pousser les personnes à faire du sport ?

- leur prouver les bienfaits d'une activité sportive : augmentation du bien être, diminution du stress, rencontres, détente, diminution de certaines maladies ;
- avoir des salles de sports dans les villages ;
- promouvoir le sport dès l'enfance ;
- aides pour trouver LE sport adéquat ;
- montrer que le sport n'est pas nécessairement réalisé dans un esprit de compétition ;
- déductibilité fiscale ;
- remboursement des frais liés au sport.

e) Intérêt de promotionner un programme comme JCPMF aux patients ?

100 % des patients répondent OUI.

Attention que même si le programme est réalisé de manière à ce que tout le monde puisse y participer, la course à pied ne convient pas à tous !

1.2.Résume des résultats intéressants en fin de programme **: 17 réponses**

a) A la fin des 12 semaines, quelles sont les habitudes de vie qui ont changé ?

- Habitudes alimentaires : 50 % OUI → diminution alimentation le soir, boissons plus abondantes, repas plus légers et diminution des quantités.
- Augmentation des activités quotidiennes : 30 % OUI → monter les escaliers,…
- Augmentation des AP en famille : 12 % OUI → enfants rejoignent parents pour courir, promenade le week-end,…
- Diminution du temps derrière la télévision, ordinateur : 18 % OUI.

b) A la fin des 12 semaines, quels sont les éléments qui ont changé au niveau de votre santé ?

- Faire des choses impossibles auparavant ? : 41 % oui → monter 3 volées d'escaliers,…
- Diminution de l'essoufflement pour des activités qui essoufflaient auparavant ? 70 % OUI.
- Perte de poids ? : 29 % OUI.
- Impression que le cœur bat moins vite ? 59 % OUI.
- Augmentation de la souplesse ? : 53 % OUI.
- Augmentation qualité sommeil ? 53 % OUI.
- Diminution stress ? 94 % OUI.
- Diminution médicaments ? 24 % OUI (anti-hypertenseurs, anti-dépresseurs et anxiolytiques, anti-douleurs pour névralgies).
- Augmentation du moral ? 76 % OUI.

2. <u>Examen clinique :</u>

Celui-ci était divisé en 2 parties :

- Certificat de non contre-indication à la pratique sportive. Pour ce faire, j'ai rencontré le Dr Alexandre Servais, diplômé en médecine sportive, qui réalise régulièrement ce type d'examen. Il m'a donné des conseils ainsi que les questionnaires qu'il utilise.
- Prise des paramètres (TA, FC, souplesse,…) avant et après les 12 semaines du programme.

**Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête sur la promotion de l'activité physique auprès des médecins généralistes**

# Questionnaire

## Travail de fin d'étude du Dr Catherine Docquier

**Année académique 2013-2014**

**Titre :** *Vers une activité physique bénéfique pour la santé : le rôle du médecin généraliste.*

La sédentarité, ou le manque d'activité physique, est le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial. Les affections médicales les mieux connues qui sont aggravées ou favorisées par la sédentarité sont les maladies cardiovasculaires et métaboliques. Mais il ne faut pas méconnaître son rôle dans le développement de certains cancers, de l'ostéoporose, de la dépression ou d'autres maladies de systèmes.

Les recommandations actuelles de l'American Heart Association (sur lesquelles se basent celles de l'OMS) pour une activité physique bénéfique pour la santé chez les personnes de > 18 ans sont (en grande partie) les suivantes :

- Au moins trente minutes d'activités physiques modérées par jour, au moins cinq jours de la semaine (marche rapide, travaux de jardinage non stationnaires,…)
  OU
- Vingt minutes d'activité physique d'intensité élevée au moins trois fois par semaine (course à pied, cyclisme, natation,…)

En Belgique, toutes activités physiques confondues, seulement 38 % de la population adulte atteint ces recommandations.

L'objectif de mon TFE est de me pencher sur le rôle du médecin généraliste concernant le problème de la sédentarité.

La réalisation de ce questionnaire vous demandera maximum cinq minutes, toutes vos réponses seront traitées de façon anonyme.

En vous remerciant d'avance pour votre participation.

## Considérations générales

Âge :

Sexe :

Type de pratique :

## Questionnaire :

(Entourez la proposition qui reflète le mieux votre opinion)

1. Je pense que la promotion de l'activité physique est un des rôles du :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o Médecin généraliste | o Médecin physique | o Autres spécialistes(Ortho, cardio,…) | o Kiné | o Autre |

2. Je considère que la prévention de l'inactivité physique est aussi importante qu'un autre traitement (par exemple traitement de l'hypertension).

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o Pas du tout d'accord | o Plutôt pas d'accord | o Ni d'accord, ni pas d'accord | o Plutôt d'accord | o Tout à fait d'accord |

3. Je dépiste les personnes sédentaires dans ma patientèle.

| | |
|---|---|
| o Oui | o Non |

4. Quand je dépiste les personnes sédentaires (si oui à la question 4), je le fais :

| |
|---|
| o Au moyen de recommandations ou de questionnaires validés. |
| o Au moyen d'un outil de mon programme médical informatique (par exemple DMG+). |
| o En faisant une anamnèse détaillée des moments actifs du patient au cours de la semaine. |
| o En posant la question de l'inactivité physique. |

5. Au stade de mes recherches, voici le questionnaire validé le plus simple que j'ai trouvé pour le dépistage de la sédentarité en médecine générale :

- Combien de fois par semaine faites-vous habituellement 30 minutes d'activité physique modérée ou de la marche qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous fait respirer plus fort que d'habitude ? (par exemple, tonte de gazon, vélo à allure modérée,…)
  - > 5x/semaine (4 points)
  - 3 à 4x/semaine (2 points)
  - 1 à 2x/semaine (1 point)
  - Aucune (0 point)
- Combien de fois par semaine faites-vous habituellement 20 minutes d'activité physique vigoureuse qui vous fait transpirer ou qui vous essouffle ? (par exemple, jogging, aérobic, vélo à allure rapide)
  - > 3x/semaine (4 points)
  - 1 à 2x/semaine (2 points)
  - Aucune (0 point)
- Score : ….. Sédentarité si ≤3

Pensez-vous que ce type de questionnaire peut être intégré facilement dans une consultation de médecine générale ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ Pas du tout d'accord | ○ Plutôt pas d'accord | ○ Ni d'accord, ni pas d'accord | ○ Plutôt d'accord | ○ Tout à fait d'accord |

Si non, pour quel motif :

6. Une fois la personne sédentaire dépistée :

| |
|---|
| ○ Je conseille de faire du sport, sans entrer dans les détails. |
| ○ J'explique au patient les avantages et les inconvénients à pratiquer une activité physique. |
| ○ Je réalise avec le patient un entretien motivationnel avec grille d'ambivalence. |
| ○ Je réfère (kiné,...). |

7. Je pense qu'une fiche informative à remettre au patient avec les avantages et les inconvénients de l'activité sportive pourrait être utile :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ Pas du tout d'accord | ○ Plutôt pas d'accord | ○ Ni d'accord, ni pas d'accord | ○ Plutôt d'accord | ○ Tout à fait d'accord |

8. Je pense que la prescription de l'activité physique sur une ordonnance spécialement conçue pour cela stimulerait le patient à suivre davantage son « traitement sportif » :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ Pas du tout d'accord | ○ Plutôt pas d'accord | ○ Ni d'accord, ni pas d'accord | ○ Plutôt d'accord | ○ Tout à fait d'accord |

9. Je pense que les bonnes habitudes du médecin peuvent encourager les patients à pratiquer plus d'activités physiques :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ Pas du tout d'accord | ○ Plutôt pas d'accord | ○ Ni d'accord, ni pas d'accord | ○ Plutôt d'accord | ○ Tout à fait d'accord |

10. Je pense avoir reçu une formation suffisante pour parler de l'activité physique à mes patients :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ Pas du tout d'accord | ○ Plutôt pas d'accord | ○ Ni d'accord, ni pas d'accord | ○ Plutôt d'accord | ○ Tout à fait d'accord |

11. Remarques :

……
……
……
……

## Annexe 3 : Pyramide des recommandations mondiales de l'activité physique

D'après Paprica [8]

**Annexe 4 : Questionnaire IPAQ et questions de l'OMS** (d'après [2])

| | |
|---|---|
| **IPAQ** | |
| 1 | Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques intenses comme soulever des objets lourds, bêcher, faire de l'aérobic, du jogging, du football, … ? |
| 2 | Au cours de l'une de ces journées, pendant combien de temps avez-vous pratiqué ce genre d'activités physiques intenses? |
| 3 | Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques modérées comme soulever des objets pas trop lourds, faire du vélo à un rythme modéré, faire du tennis en double, faire de la natation, …? |
| 4 | Au cours de l'une de ces journées, pendant combien de temps avez-vous pratiqué ce genre d'activités physiques modérées? |
| 5 | Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous marché pendant au moins 10 minutes d'affilée ? |
| 6 | Au cours de l'une de ces journées, pendant combien de temps au total avez-vous marché ? |
| 7 | En général, à quelle allure avez-vous marché? |
| **OMS** | |
| 8 | Quelle proposition caractérise le mieux vos activités physiques au cours de l'année qui vient de s'écouler?<br>- Entraînement intensif et sport de compétition plus d'une fois par semaine<br>- Jogging, autre sport de détente ou jardinage, au moins 4 heures par semaine<br>- Jogging, autre sport de détente ou jardinage, moins de 4 heures par semaine<br>- Marche, vélo ou autre activité légère, au moins 4 heures par semaine<br>- Promenade, vélo ou autre activité légère, moins de 4 heures par semaine<br>- Lecture, TV ou autre activité sédentaire |
| 9 | Exercez-vous, au moins une fois par semaine, pendant vos loisirs, une activité physique comme le jogging, le cyclisme, etc... suffisamment longtemps pour transpirer?<br>Si oui, … nombre de jours/semaine. |

**Annexe 5 : Grandes lignes de l'entretien motivationnel** (d'après [8])

En résumé, voici les grandes lignes de l'EM :

- L'**esprit** de l'EM est centré sur la collaboration entre le médecin et le patient, et vise l'autonomie du patient.

- Les **principes** sont au nombre de quatre : pouvoir exprimer l'empathie, développer les divergences et explorer l'ambivalence du patient, renforcer la confiance et soutenir l'efficacité du patient, et enfin pouvoir travailler avec la résistance du patient.

- Les **outils** mis en place sont l'utilisation des questions ouvertes, la valorisation du patient et l'écoute réflective (reformulation).

- Les **buts** recherchés sont d'explorer l'ambivalence du patient et de susciter le discours-changement.

**Annexe 6 : Avantages et inconvénients de la pratique d'une AP modérée et régulière et de la sédentarite : Fiche de la SSMG**

D'après http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/PSMG_ActPhys_A-I.pdf

| | **Avantages à ne pas pratiquer (ou proposer) une activité physique modérée et régulière** (sédentarité) | **Avantages à pratiquer (ou proposer) une activité physique modérée et régulière** |
|---|---|---|
| Point de vue du patient | - Permet d'avoir du temps pour autre chose<br>- « *On ne risque pas de se blesser* | - Fait perdre du poids<br>- Et aussi, mais le patient sédentaire n'en a peut-être pas encore fait l'expérience :<br>  - Procure une sensation de bien-être<br>  - Procure de l'énergie<br>  - Procure du plaisir<br>  - Améliore la fonction sexuelle |
| Point de vue scientifique | | - Réduit la mortalité de 30%<br>- Meilleur contrôle du poids si l'activité physique est couplée à la diminution de l'apport calorique<br>- Améliore les taux de cholestérols<br>- Réduit la TA chez les hypertendus<br>- Réduit l'apparition du diabète de type 2 et permet de mieux contrôler le diabète installé<br>- Réduit le risque de maladie coronarienne<br>- Réduit les risques de cancer du côlon et du sein<br>- Réduit le risque d'ostéoporose<br>- Réduit le risque de dépression et a des effets positifs sur les répercussions d'une dépression<br>- Améliore la qualité du sommeil<br>- Et ... allonge la durée de vie ! |
| Point de vue du médecin | - Ne pas risquer de déplaire au patient en lui parlant d'une activité qui ne l'intéresse pas ou qui ne fait pas partie des raisons de sa venue en consultation | - Sentiment de faire un travail global<br>- Mesure concrète pour contribuer à aider le patient à arrêter de fumer ou à ne pas rechuter<br>- Sentiment de proposer des voies de solution aux problèmes du patient |

| | **Inconvénients à ne pas pratiquer (ou proposer) une activité physique modérée et régulière (sédentarité)** | **Inconvénients à pratiquer (ou proposer) une activité physique modérée et régulière** |
|---|---|---|
| Point de vue du patient | - Sentiment de ne rien faire pour garder sa forme (sentiment de culpabilité)<br>- Sentiment de ne rien faire pour perdre du poids | - Cela prend trop de temps<br>- Courir en ville n'est pas agréable<br>- Le climat est trop mauvais<br>- Cela pousse à manger plus<br>- Transpiration, essoufflement<br>- Risque de se faire mal (accident, tendinite, entorse, fracture, ...)<br>- *« Je suis fatigué »*<br>- *« Ma condition physique ne me le permet pas »*<br>- *« Je suis trop gros »*<br>- *« Je n'aime pas le sport »*<br>- *« J'ai déjà essayé et cela ne donne rien »*<br>- *« Cela ne m'intéresse pas »*<br>- *« Je n'en ai pas besoin »*<br>- *« Je suis déjà actif toute la journée vu mon métier »*<br>- *« Ce n'est pas le bon moment »*<br>- *« Ça coûte cher! »*<br>- *« Il n'y a pas de gym près de chez moi »*<br>- *« Je ne suis pas habile dans les sports »* |
| Point de vue scientifique | - La sédentarité renforce un nombre important de causes de mortalité :<br>  - double le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'obésité<br>  - augmente les risques de cancer du colon, d'hypertension artérielle, d'ostéoporose, de troubles lipidiques, de dépression et d'anxiété | - Risques de blessures si on pratique une activité physique non adaptée<br>- Pour que l'activité physique soit efficace en termes de santé, elle doit être régulière, quotidienne |
| Point de vue du médecin | - Sentiment de ne pas aller au bout de son travail<br>- Sentiment de ne pas proposer au patient des solutions simples à certains de ses problèmes de santé | - Risque de déplaire au patient qui ne souhaite pas entendre ce genre de proposition |

**Annexe 7 : Fiche d'information pour les patients**

# L'activité physique pour votre santé

Définitions

- **L'activité physique** = BOUGER

L'activité physique ≠ Sport de compétition

Vous pouvez bouger de 4 façons :
- pendant les loisirs et le sport ;
- pendant les déplacements (à pied, à vélo, en transport en commun,…) ;
- pendant les tâches de la vie quotidienne ;
- pendant le travail.

- **La sédentarité** = Ne pas bouger assez et rester souvent assis.

C'est la 4ème cause de décès dans le monde.
En Belgique, 2/3 des gens ne bougent pas assez.

Pourquoi bouger ?

C'est bon pour votre santé, tous les scientifiques le disent.
Avant la maladie et pendant la maladie.

Le tableau vous montre les avantages de l'activité physique.

| | |
|---|---|
| ↓ | - Maladie du cœur et de la circulation<br>- Fréquence cardiaque<br>- Masse grasse du corps<br>- Tension artérielle<br>- Mauvais cholestérol<br>- Risque du diabète de type 2<br>- Risque de certains cancers<br>- Ostéoporose<br>- Stress, anxiété et dépression |
| ↑ | - Endurance<br>- Souplesse et équilibre<br>- Qualité des os, ligaments, muscles<br>- Qualité du sommeil<br>- Liens sociaux<br>- Autonomie des personnes âgées<br>- Moral |

Que faire ? →Les recommandations mondiales

Que devez-vous faire pour que votre activité physique soit bénéfique pour ma santé ?

| |
|---|
| **30 minutes** d'activité physique d'intensité **modérée**, au moins 5 fois par semaine<br>= marche rapide, faire du jardinage,…<br>Léger essoufflement, toujours savoir parler ! |
| Ou |
| **20 minutes** d'activité physique **soutenue**, au moins 3 fois par semaine<br>= jogging, vélo, natation,… |
| Ou |
| **Combinaison** des 2<br>Les périodes peuvent être divisées en périodes de 10 minutes. |

Et si vous n'y arrivez pas ?

Un peu, c'est déjà beaucoup.
Conseil : essayez de bouger durant les activités de la vie de tous les jours : prenez les escaliers, allez au travail à vélo,…

Quand consulter votre médecin ?

**Avant ?** Si vous avez des problèmes cardiaques, d'hypertension, de diabète, de surpoids ou toute autre maladie chronique.

**Pendant ?** Si vous avez des signes inhabituels (douleurs à la poitrine, palpitations,…)

**Ou** pour que votre médecin vous aide à trouver **votre activité physique**.

| A RETENIR : |
|---|
| - La régularité est plus importante que l'intensité.<br>- Commencez doucement.<br>- « Mieux vaut bouger un peu que rester assis ». |

Réalisé par Docquier Catherine MC en médecine générale en mars 2014
Contact : Maison Médicale de Libin, rue du curé 16A 6890 Libin catherine.docquier@gmail.com
Sources : Organisation mondiale de la Santé, Uptodate, Revue Médicale Suisse, Observatoire de la santé du Hainaut

**Annexe 8 : Note concernant la fréquence cardiaque** (d'après [9])

La FC qui nous intéresse est celle que l'on doit recommander à l'entraînement. Il est aussi intéressant de connaître la FC maximale que le patient peut atteindre pour ne pas la dépasser.

La FC max théorique est calculée en fonction de l'âge :

**208 – (0.7 x âge)**

La FC d'entraînement est basée sur la FC de réserve, qui est la différence entre les FC max et la FC de repos (FC de réserve = FC max – FC repos). Grâce à la méthode de Karvonen, on peut connaître la FC d'entraînement, qui va être calculée en choisissant un pourcentage donné de la FC de réserve à laquelle on ajoute la FC de repos.

Si le sujet désire travailler à 65 % de sa FC de réserve, voici le calcul :

FC entraînement 65 % = FC repos + 0.65 (FC max – FC repos)

D'autre part, il existe une relation linéaire entre la FC et la VO2max (consommation maximale d'O2 en 1 minute) lorsque l'intensité de l'exercice augmente.

Pour des intensités modérées comprises entre 40 et 70 % de la VO2max, la FC réserve correspond approximativement au même pourcentage de VO2max.

**Annexe 9 : Choisissez votre occasion de bouger !**

D'après le fascicule de l'OSH 0-5-30 :
http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/Brochure_0-5-30_Combinaison_Sante_04-2013.pdf

- Si vous circulez en voiture, ne vous garez pas trop près de l'endroit où vous vous rendez.
- Prenez le temps de vous garer si vous accompagnez les enfants en voiture à l'école et faites le petit bout de chemin qui reste à pied.
- Accompagnez les enfants à pied jusqu'à l'arrêt de bus ou jusqu'au métro.
- Préférez les marches d'escalier à l'ascenseur. Si l'effort paraît trop important au début, commencez par un ou deux étages.
- Au travail, alternez travail sédentaire et pauses dynamiques consacrées, par exemple, au rangement. Choisissez le déplacement et le contact direct avec les collègues plutôt que le téléphone et le mail.
- A la maison, au parc, jouez avec vos enfants.
- Répartissez les tâches ménagères lourdes afin de faire bénéficier votre conjoint(e) des avantages que ces tâches procurent pour la santé.
- Promenez-vous et redécouvrez votre quartier.
- Défoulez-vous quelques minutes en sautant à la corde.
- Promenez votre animal de compagnie.
- Laissez la voiture au garage ou sur le parking autant que possible.
- Allez en ville à pied.
- Allez acheter le pain ou le journal à pied.
- Circulez à vélo.
- Déplacez-vous grâce aux transports en commun.
- Descendez du bus un arrêt plus tôt pour marcher.
- Dans le métro ou au centre commercial, choisissez l'escalier plutôt que l'escalator.

**Annexe 10 : Liste des sites internet des programmes d'AP proposés dans le TFE**

- Suisse : www.paprica.ch
- Québec : http://www.kino-quebec.qc.ca/
- France : http://www.mangerbouger.fr/
- Etats-Unis : http://exerciseismedicine.org/
- Belgique :
    - Programme de la Fondation contre le cancer : http://www.cancer.be/raviva-bouger-pour-se-sentir-mieux
    - Asbl Gymsana : http://gymsana.be/
    - OSH : http://www.hainaut.be/
    - Frasnes-Lez-Anvaing : http://www.frasnes-lez-anvaing.be/sport-sur-ordonnance-point-presse-ce-matin-apres-six-mois-dexistence-du-projet-pilote-belge/3433
    - JCPMF : http://www.jecourspourmaforme.com/

## Annexe 11 : Réponses de l'enquête proposée aux médecins généralistes

Tous les nombres sont exprimés en pourcentage sauf pour les deux premières figures qui représentent le nombre et l'âge des participants.

### Considérations générales :

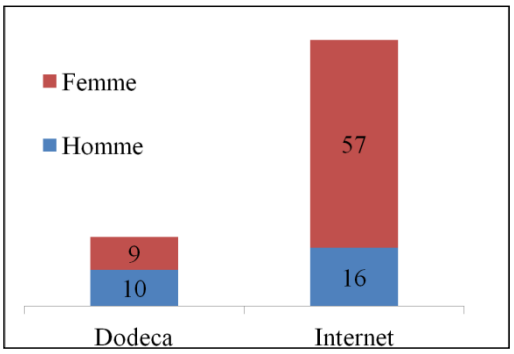


Figure 1 : sexe des participants

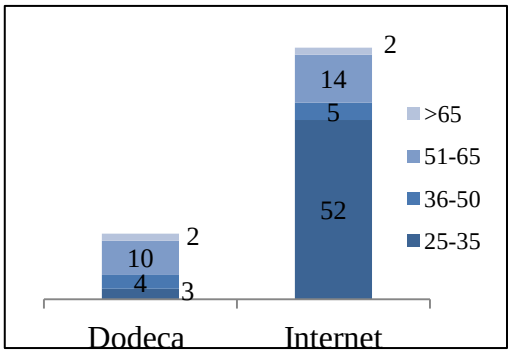


Figure 2 : Age des participants

### Questionnaire :

1. Je pense que la promotion de l'activité physique est un des rôles du :

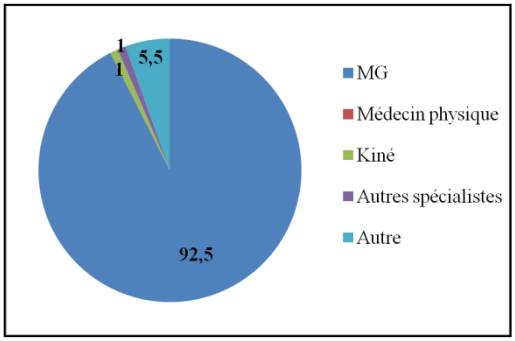


Figure 3 : Rôle de la promotion de l'activité physique

2. Je considère que la prévention de l'inactivité physique est aussi importante qu'un autre traitement (par exemple traitement de l'hypertension).

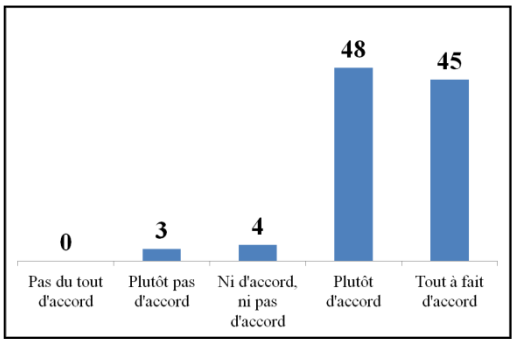


Figure 4 : Importance de la prévention de l'inactivité physique

3. Je dépiste les personnes sédentaires dans ma patientèle.

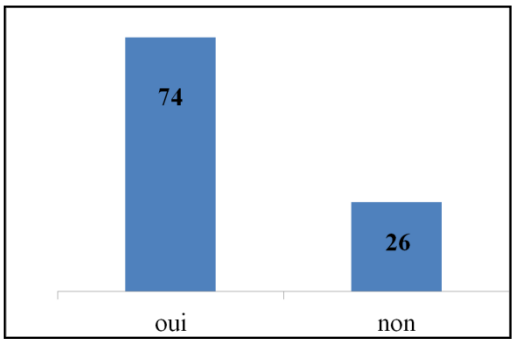


Figure 5 : dépistage sédentarité

4. Quand je dépiste les personnes sédentaires (si oui à la question 4), je le fais :

| |
|---|
| ○ Au moyen de recommandations ou de questionnaires validés. |
| ○ Au moyen d'un outil de mon programme médical informatique (par exemple DMG+). |
| ○ En faisant une anamnèse détaillée des moments actifs du patient au cours de la semaine. |
| ○ En posant la question de l'inactivité physique. |

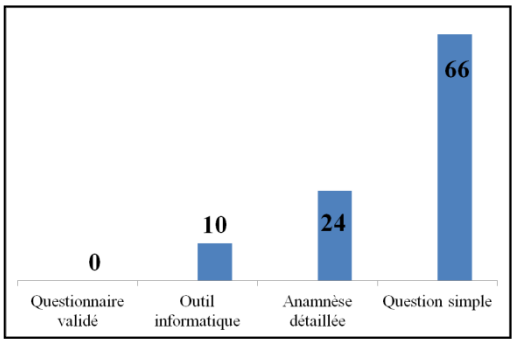


Figure 6 : Outils de dépistage

5. Au stade de mes recherches, voici le questionnaire validé le plus simple que j'ai trouvé pour le dépistage de la sédentarité en médecine générale :

- Combien de fois par semaine faites-vous habituellement 30 minutes d'activité physique modérée ou de la marche qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous fait respirer plus fort que d'habitude ? (par exemple, tonte de gazon, vélo à allure modérée,…)
  - > 5x/semaine (4 points)
  - 3 à 4x/semaine (2 points)
  - 1 à 2x/semaine (1 point)
  - Aucune (0 point)
- Combien de fois par semaine faites-vous habituellement 20 minutes d'activité physique vigoureuse qui vous fait transpirer ou qui vous essouffle ? (par exemple, jogging, aérobic, vélo à allure rapide)
  - > 3x/semaine (4 points)
  - 1 à 2x/semaine (2 points)
  - Aucune (0 point)
- Score : …..  Sédentarité si ≤3

Pensez-vous que ce type de questionnaire peut être intégré facilement dans une consultation de médecine générale ?

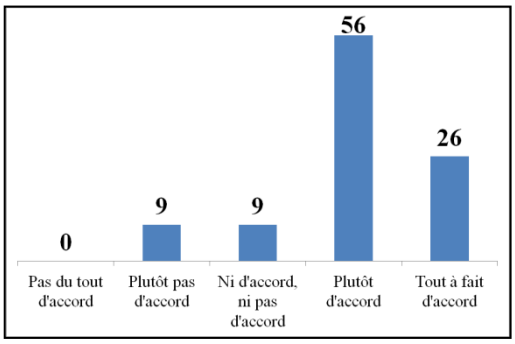


Figure 7 : Utilité du questionnaire

Si non, pour quel motif :

- Culpabilisant et intrusif.
- Trop de temps…
- Les questionnaires sont oubliés
- S'ils viennent pour un rhume ou un problème gynéco, difficile de glisser cela. Si c'est pour un problème de tension ou une biologie ou un lumbago, ok.
- Poser la question suffit selon moi, pas besoin d'un « score de sédentarité » en plus...
- Il existe des questionnaires « validés » pour tout!! Si on les utilise, une consultation va durer 1h au moins. La mode est aux questionnaires...
- Manque de motivation

6. Une fois la personne sédentaire dépistée :

| |
|---|
| ○ Je conseille de faire du sport, sans entrer dans les détails. |
| ○ J'explique au patient les avantages et les inconvénients à pratiquer une activité physique. |
| ○ Je réalise avec le patient un entretien motivationnel avec grille d'ambivalence. |
| ○ Je réfère (kiné,...). |

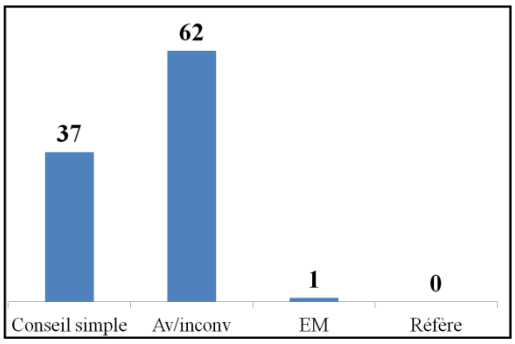


Figure 8 : le conseil en AP par les MG

7. Je pense qu'une fiche informative à remettre au patient avec les avantages et les inconvénients de l'activité sportive pourrait être utile :

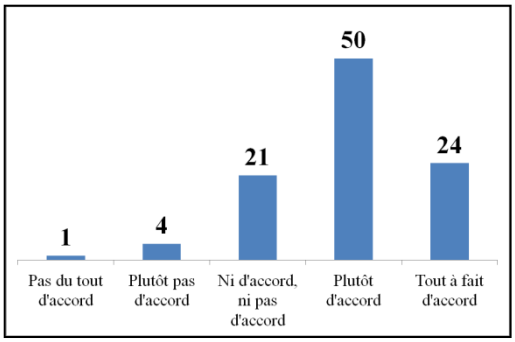


Figure 9 : utilité d'une fiche informative

8. Je pense que la prescription de l'activité physique sur une ordonnance spécialement conçue pour cela stimulerait le patient à suivre davantage son « traitement sportif » :

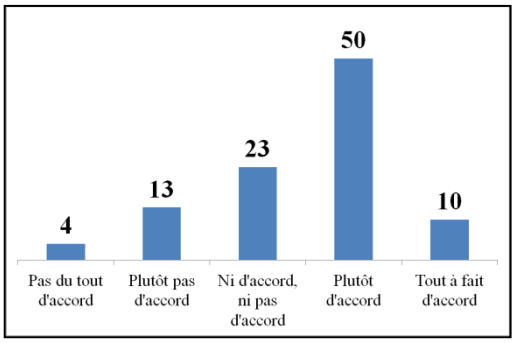


Figure 10 : utilité d'une ordonnance

9. Je pense que les bonnes habitudes du médecin peuvent encourager les patients à pratiquer plus d'activités physiques :

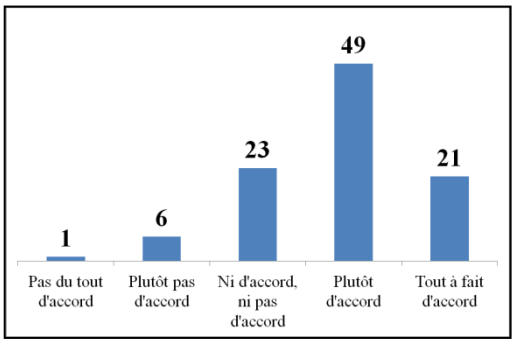


Figure 11 : répercussion habitudes du MG

10. Je pense avoir reçu une formation suffisante pour parler de l'activité physique à mes patients :

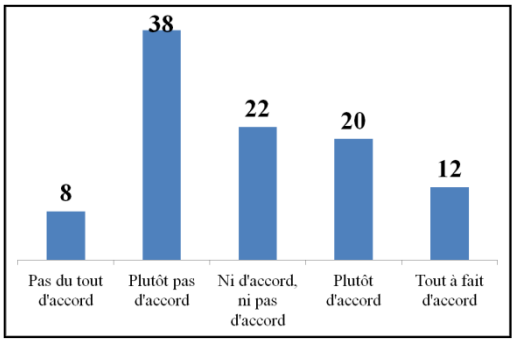


Figure 12 : formation des MG en AP

11. Remarques :

- Quand les personnes viennent avec un problème urgent de santé, nous n'avons pas trop le temps de parler de prévention ... et c'est rare que les personnes prennent ou acceptent un rendez-vous uniquement de prévention.

- La majorité des travailleurs quittent leur maison 11 à 12 h /jour. Retour = faire les courses, s'occuper des enfants, de la maison... La réponse générale (y compris la mienne) est PAS LE TEMPS.

- Arrêtons de donner au médecin le rôle d'éduquer à tous les niveaux les patients !!! Nous ne sommes pas Dieu! Cela fait partie d'une éducation générale que de prendre

soin de son corps ... je me demande si ce n'est pas le rôle des enseignants, des parents ... Mais nous sommes dans une société où c'est toujours l'autre qui doit faire!!

- Je pense qu'il est effectivement facile de parler d'activité physique mais il faut aussi comprendre qu'il est parfois difficile pour beaucoup de personne d'avoir du temps à y consacrer. Quant à ceux qui recommandent par exemple de se rendre au boulot à vélo (trop de pente raide) ou descendre un arrêt de bus avant (arrêt de bus trop éloigné), ils ne doivent pas vivre en Wallonie ;)

- Prescription AP sur ordonnance si coaching remboursé. Si c'est le rôle du MG, c'est aussi, comme tout le domaine de la prévention, à réfléchir en équipe et en réseau. Un MG qui fait le DMG +, c'est bien. Un « assistant en prévention », c'est mieux ! (Par exemple, principe des maisons du diabète à élargir).

**Table des matières**

Glossaire ..... 3
Abstract ..... 4
I. Introduction ..... 5
II. Méthode ..... 7
1. Recherche dans la littérature ..... 7
2. Enquête ..... 8
III. Contexte ..... 9
1. Définitions ..... 9
2. Recommandations ..... 11
2.1 Dans le monde ..... 11
2.2 En Belgique ..... 14
3. Epidémiologie ..... 14
3.1 Dans le monde ..... 14
3.2 En Belgique ..... 15
3.2.1 Méthode ..... 15
3.2.2 Enquête de santé par interview de 2008 ..... 15
4. Les bienfaits de l'activité physique ..... 16
IV. Promotion et prescription de l'activité physique par le médecin généraliste ..... 19
1. Le rôle du MG ..... 19
1.1 Définitions ..... 19
1.2 Dans la littérature ..... 19
2. Le dépistage de la sédentarité ..... 20
2.1 Qui? ..... 20
2.2 Quand ? ..... 21
2.3 Comment ? ..... 21
3. La promotion et la prescription de l'AP ..... 23
3.1 Dans la littérature ..... 23
3.2 Quelques outils ..... 24
3.2.1 Les modèles psychologiques ..... 24
3.2.2 La stratégie des 5As ..... 26
3.2.3 La fiche d'information ..... 27

3.2.4 La prescription écrite ..... 27
4. Quelques précautions ..... 28
4.1 Le bilan de santé ..... 28
4.2 L'AP en prévention secondaire, tertiaire et chez la personne âgée ..... 29
5. En pratique, quels exercices conseiller et comment ? ..... 30
6. Quelques exemples ..... 32
6.1 Paprica ..... 32
6.2 Raviva ..... 32
6.3 Asbl Gymsana ..... 33
6.4 Observatoire de la Santé dans la province du Hainaut ..... 33
6.5 Frasnes-Lez-Anvaing ..... 33
6.6 Les mutualités ..... 34
6.7 JCPMF ..... 34
V. Enquête ..... 35
VI. Ma prescription en pratique ..... 38
VII. Conclusion ..... 42
Références ..... 44
Annexes : ..... 48
Annexe 1 : Enquête auprès des participants du programme JCPMF à Libin ..... 48
Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête sur la promotion de l'activité physique auprès des médecins généralistes ..... 51
Annexe 3 : Pyramide des recommandations mondiales de l'activité physique ..... 54
Annexe 4 : Questionnaire IPAQ et questions de l'OMS ..... 55
Annexe 5 : Grandes lignes de l'entretien motivationnel ..... 56
Annexe 6 : Avantages et inconvénients de la pratique d'une AP modérée et régulière et de la sédentarite : Fiche de la SSMG ..... 57
Annexe 7 : Fiche d'information pour les patients ..... 59
Annexe 8 : Note concernant la fréquence cardiaque ..... 61
Annexe 9 : Choisissez votre occasion de bouger ! ..... 62
Annexe 10 : Liste des sites internet des programmes d'AP proposés dans le TFE ..... 63
Annexe 11 : Réponses de l'enquête proposée aux médecins généralistes ..... 64