

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Pierre SEUX

Le 26 Juin 2023

Promotion et prescription d'activité physique chez les patients lombalgiques : enquête de pratique des médecins généralistes du Tarn et Garonne en 2022

Directeur de thèse : Dr Sandrine MALVEZIN MARQUIS

JURY :

Madame la Professeure Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Monsieur le Professeur Yves ABITTEBOUL

Madame le Docteur Elodie BELOT

Madame le Docteur Sandrine MALVEZIN MARQUIS

Présidente

Assesseur

Assesseur

Assesseur

FACULTE DE SANTE

Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

Tableau des personnels HU de médecine

Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIF Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BRÔS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RÖLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. RÔQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREELUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RALUY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Génatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SALLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Munel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Génatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jili	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUIER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatome Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie	
 P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		 Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIF Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASÉ Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Léila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Manelle

Remerciements aux membres du jury

A Madame la Professeur ROUGE-BUGAT,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur ABITTEBOUL,

Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury de thèse et d'évaluer ce travail. De par votre maîtrise de la médecine générale et de la médecine du sport, je vous remercie d'apporter à ce travail votre expertise et votre expérience dans ces domaines.

A Madame le Docteur BELOT,

Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury de thèse et d'évaluer ce travail. Je vous remercie d'apporter à cette thèse votre savoir. Votre engagement dans notre formation et votre pratique de tous les jours contribueront à une vision globale de la médecine générale.

A Madame le Docteur MALVEZIN MARQUIS,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Tu as toujours été très à l'écoute, disponible et très objective. Ton dynamisme, ta réactivité, ton accompagnement ainsi que ta capacité de synthèse m'ont été d'une grande aide pour l'acheminement de ce travail. Sois assurée de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

Remerciements personnels

Aux femmes de ma vie,

A mon âme sœur,

A notre **passé**, notre **présent** et surtout à notre **futur**, au temps passé parfois imparfait de l'attente, à ta présence constante malgré la distance, un conditionnel devenu certitude, un objectif commun : se retrouver. **A notre présent**, nos moments d'amour, nos joies. Ta sensibilité, ton sourire et ta personnalité rayonnante éclairent chaque jour de ma vie. Tu es la personne dont j'avais besoin pour m'épauler et m'accompagner et ce je l'espère pour l'éternité.

A nos chemins croisés, à notre destin lié. A notre futur, à la construction de notre famille. **Je t'aime.**

A ma sœur,

A notre vie en symbiose, à ta bienveillance, ta gentillesse innée. Une cellule ne peut vivre sans soutien, sans son cytosquelette. Une cellule ne peut se développer sans environnement sécurisé. Tu es ce tout, ce glucose, ces microtubules, cette ATP, tous ces éléments élémentaires à la vie. Tu l'as compris, **tu es indispensable à mon bon fonctionnement.**

Je suis **fière de toi**, je suis fière de la femme que tu es devenue. **Je t'aime.**

A ma mère,

La construction personnelle passe par le **miroir maternel**. Tel que Winnicott le décrit, la construction de cette dyade permet à l'être aimé de se développer. Cet amour, ce regard bienveillant et cet environnement sécurisant permet le développement personnel de l'enfant. Le comportement de la figure d'attachement est indispensable pour réguler l'homéostasie émotionnelle de ce dernier. Sécurisé, l'enfant va apprendre à résoudre ses problèmes, à gérer ses affects et commencer à explorer son monde interne et externe. **A toutes les lectures, à tous les albums qui m'ont permis de rêver, à ton temps, ton soutien permanent qui m'ont permis de les réaliser.**

Merci pour tout, **Je t'aime.**

A mes grands-mères,

Le temps nous aura fait défaut, le temps nous aura manqué. Grandir sous votre protection, votre amour, partager nos secrets et notre complicité, fut un réel bonheur. Ces souvenirs nourrissent mon présent. **A mes pensées égarées dans l'immensité de ce ciel bleu, je me retrouve plongé dans celui de vos yeux.** A votre mémoire, à votre existence. Je ne vous remercierai jamais assez. Reposez en paix.

A ma marraine,

Mes parents ne pouvaient choisir meilleure personne que toi. Discrète mais attentionnée, présente et élégante en toutes circonstances, je peux compter sur toi les yeux fermés. **Ta force, ton courage et ton abnégation font de toi une personne inspirante, une véritable battante.** Se relever en toutes circonstances et continuer à avancer. A nos moments partagés, ces moments d'intimités. Merci pour ton soutien infaillible.

Aux hommes de ma vie,

A mon père

A l'image de l'enseignement de Candide dans l'ingénu, tu m'as transmis le goût du travail, la sagesse et l'amour de la terre. **Tu m'as appris la patience, le respect du temps, cultiver et laisser germer mes idées.** Loin des grands discours, tu es un homme d'action. Loin de la passivité, tu m'as accompagné, pris par la main pour me montrer le chemin qui me convenait. Tu m'as appris les plaisirs simples de la vie. Avec la plus grande exemplarité, par mimétisme j'essaye de marcher sur les traces du grand homme que tu es. Je t'aime.

A mes grands-pères,

Papi Claudius, dans l'ombre de ton absence, une part de toi semble être l'ancrage de l'éducation et les valeurs que tu as transmise à mon père. J'espère qu'un jour nos chemins se croiseront.

Papi André, à nos partages, à tous ces moments de convivialité où respect et bonheur règnent. **A la croisée des chemins du passé et du temps écoulé, ta présence me comble.** L'homme est un être complexe, où émotions et cognitions se mélangent. **A la gloire de mon grand-père et son Ardèche natale.**

A ma famille : merci de m'accompagner depuis mon plus jeune âge. Tant de temps passés et partagés.

A mes familles d'adoption :

A ma belle-famille BERTELLI et particulièrement à mon beau père Gilbert, merci de m'avoir accueilli avec bienveillance, merci de votre confiance et de votre aide quotidienne.

A ma famille de Puycornet, merci de votre gentillesse, votre écoute, à nos souvenirs partagés et aux très nombreux moments à venir.

A mes amis,

Aux rencontres passées, les moments de jeunesse et d'insouciances,

Aux rencontres présentes, aux amitiés liées

A mes pairs,

Merci pour la **transmission de vos savoirs**, de **votre compagnonnage**, de votre **accompagnement bienveillant** sur le chemin du soin.

Merci à mon tuteur de médecine générale, le Dr SUSPENE, qui m'accompagne depuis le 1^{er} jour de mon internat.

Merci aux Dr GOYA et Dr LAFARGUE pour cette initiation à la médecine générale, de la concrétisation du passage théorique à la réalité pratique.

Merci au Dr DEVILLE pour la découverte de la pédiatrie en médecine générale, ainsi que la pluralité de ces domaines d'actions.

Merci à mes maîtres de stages de SASPAS (Dr GILLARD, Dr BORIES, Dr JOUVENT, Dr GOYA, Dr SARTORI et Dr BLANDINO) pour l'accompagnement à l'autonomisation, pour ces deniers pas avant le grand saut.

Merci pour l'accueil dans l'ensemble de vos cabinets.

*Du savoir théorique au savoir-faire sans jamais négliger le savoir-être,
De mon enfance à l'accomplissement de mes rêves,
Merci à vous tous, qui de près ou de loin, ont contribué à mon cheminement.
A vos côtés j'ai tant appris, j'ai tant grandi.
Recevez ici l'expression de mon plus profond respect.*

Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

« En contraste avec la multiplicité de ce qu'on veut de lui, **l'animal humain**, dans son **individualité**, fournit une **unité et un sujet central**, et il nous faut essayer de rassembler en un **énoncé complexe** ce qu'on peut dire de ces points de vue non moins différents que valables. Pour décrire le genre humain il n'est pas besoin d'adopter une méthode et une seule. Bien plutôt est-il profitable de se **familiariser avec l'emploi de chacune et de toutes** »

D.W. WINNICOTT (1954 - 1967)

La nature humaine

Cette thèse est issue d'un développement personnel, le reflet d'une dualité indissociable

« le corps et l'esprit ».

Le philosophe et le chercheur consacrent tout deux leur vie à une réflexion, un questionnement afin de faire évoluer les paradigmes sociétaux. Leurs objectifs ?

Tenter de lutter contre l'obscurantisme dogmatique de l'ignorance.

Table des matières

1. <u>Introduction</u>	4
2. <u>Matériel et méthodes</u>	7
2.1. <u>Objectifs de l'étude</u>	7
2.2. <u>Type d'étude</u>	7
2.3. <u>Population étudiée</u>	7
2.4. <u>Questionnaire</u>	7
2.5. <u>Diffusion du questionnaire</u>	8
2.6. <u>Analyse et traitement des données</u>	9
3. <u>Résultats</u>	10
3.1. <u>Diagramme des flux</u>	10
3.2. <u>Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée</u>	10
3.2.1. <i>En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non</i>	11
3.2.2. <i>En fonction de la réalisation d'un suivi d'AP ou non</i>	13
3.3. <u>Comparaison des données sociodémographiques de notre échantillon de thèse avec notre population cible</u>	14
3.4. <u>Lombalgie commune en consultation</u>	14
3.4.1. <i>Impact du manque de temps sur les consultations</i>	15
3.4.1.1. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie.....	15
3.4.1.2. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non	16
3.4.2. <i>Consultation et « facteurs psychosociaux »</i>	16
3.4.3. <i>Consultation et évaluation de l'activité physique</i>	17
3.4.3.1. Moyens de prise en charge.....	17
3.4.3.2. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie.....	18
3.4.3.3. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non	18
3.4.4. <i>Consultation et évaluation du niveau de sédentarité</i>	19
3.4.4.1. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie.....	19
3.4.4.2. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non	20
3.4.5. <i>Comparaison de l'évaluation de l'activité physique et de la sédentarité en fonction du stade d'évolution de la lombalgie</i>	20
3.5. <u>Promotion d'activité physique chez le patient lombalgique</u>	21
3.5.1. <i>Recommandations des médecins généralistes lors de la promotion d'AP chez les patients lombalgiques</i>	21
3.5.1.1. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie.....	21
3.5.1.2. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non	22
3.5.2. <i>Évaluation des freins et des leviers à la mise en mouvement</i>	22
3.5.2.1. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie.....	23
3.5.2.2. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non	23
3.5.3. <i>Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la promotion d'AP chez les patients lombalgiques</i>	23
3.5.3.1. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie.....	23
3.5.3.2. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non	23

3.6.	<u>Prescription d'activité physique chez le patient lombalgique</u>	24
3.6.1.	<i>Médecins prescripteurs d'AP</i>	25
3.6.2.	<i>Médecins non prescripteurs d'AP</i>	27
3.7.	<u>Suivi des patients lombalgiques</u>	28
3.7.1.	<i>En fonction du stade d'évolution de la lombalgie</i>	28
3.7.2.	<i>En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non</i>	28
3.7.3.	<i>Suivi et maintien dans le domaine de l'AP</i>	28
3.7.4.	<i>Mise en place pratique du suivi et maintien de l'AP</i>	29
3.7.4.1.	En fonction du stade d'évolution de la lombalgie.....	29
3.7.4.2.	En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non	29
3.8.	<u>Lombalgie : parcours et offre de soins</u>	30
4.	<u>Discussion</u>	32
4.1.	<u>Faiblesses et forces de l'étude</u>	32
4.1.1.	<i>Faiblesses</i>	32
4.1.2.	<i>Forces</i>	33
4.2.	<u>Pratiques d'accompagnement à la mise en mouvement des patients lombalgiques</u>	35
4.2.1.	<i>Dépistages et évaluation initiale du patient lombalgique</i>	35
4.2.2.	<i>Promotion</i>	36
4.2.2.1.	Une promotion systématique, sans réelle problématique.....	36
4.2.2.2.	Peu de prévention visuelle.....	37
4.2.2.3.	Des recommandations hétérogènes.....	37
4.2.3.	<i>Prescription</i>	38
4.2.3.1.	Un cap difficile à passer ?	38
4.2.3.1.1.	Un mode écrit délaissé au profit de l'oral.....	38
4.2.3.1.2.	Des freins à la prescription déjà bien connus.....	38
4.2.3.2.	Une AP plaisante mais peu intense.....	39
4.2.3.3.	Peu de conseils associés.....	40
4.2.3.4.	Un interlocuteur prédominant : place de choix des MKDE.....	41
4.2.4.	<i>Un suivi inconstant</i>	41
4.2.4.1.	Un suivi hétérogène.....	41
4.2.4.2.	L'e-santé : un domaine en développement.....	42
4.2.5.	<i>Des pratiques sous influences</i>	42
4.2.5.1.	Du manque de temps.....	42
4.2.5.2.	En fonction du stade d'évolution de la lombalgie.....	42
4.2.5.3.	En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non	44
4.3.	<u>Offres de soins « Sport-Santé »</u>	46
4.3.1.	<i>Entre méconnaissance et insatisfaction certaine</i>	46
4.3.2.	<i>Un système de soins en mouvement</i>	46
5.	<u>Conclusion</u>	48
6.	<u>Références bibliographiques</u>	50

<u>Annexes</u>	58
<u>Annexe I : Questionnaire version écrite</u>	58
<u>Annexe II : Cartographie de l'offre de soin « Sport Santé » dans le</u> <u>Tarn et Garonne</u>	65
<u>Liste des abréviations</u>	66
<u>Liste des figures</u>	67
<u>Liste des tableaux</u>	69
<u>Glossaire</u>	70
<u>Documents complémentaires</u>	73

1. Introduction

Du papyrus inachevé d'Edwin Smith sous la forme d'une entorse de la colonne vertébrale, en passant par Hippocrate et Galien, jusqu'aux souvenirs du « mal de reins » de nos arrière-grands-parents, le mal de dos traverse les époques et les cultures.

Mal du siècle au XXIème, les lombalgies resteront-elles une problématique incontournable ? Avec une prévalence croissante au fil des années, l'assurance maladie estime qu'elles toucheront quatre personnes sur cinq au cours de leur vie (1). Représentant 30% des arrêts de travail de plus de 6 mois en France et établies comme le 8^{ème} motif de consultation chez le médecin généraliste, tous patients confondus, les lombalgies restent un véritable enjeu de santé public tant sur le versant épidémiologique que sur le versant socio-économique (2) (3). L'Occitanie et le Tarn et Garonne ne sont pas épargnés par « le fléau : Mal de dos » (4). En 2008 la caisse primaire du département a versé 12.5 millions d'euros d'indemnités en lien avec une symptomatologie douloureuse dont la lombalgie représentait la première cause d'arrêts maladies. Au 31 décembre 2022, on estime à 785 le nombre d'assurés classés en invalidité pour lombalgie, soit près de 9.5% des invalidités toutes causes confondues dans le Tarn et Garonne. (5)

Malgré les évolutions des mœurs et des dogmes, l'introduction de mesures de prévention et des progrès scientifiques, les lombalgies demeurent la première cause d'incapacité en France et dans le monde. De nombreux défis sur les stratégies de prise en charge des lombalgies restent encore à l'étude. Cette thématique est au cœur de l'actualité, comme peut le témoigner l'émergence de nouveaux protocoles de prise en charge de la lombalgie aiguë développés dans le plan de refondation des urgences (6) et de « ma santé 2022 » (7).

La lombalgie se définit par une douleur localisée entre la charnière thoracolumbaire et le pli fessier inférieur. La Haute Autorité de Santé (HAS) précise que les lombalgies communes ne comportent pas de signes d'alarmes en excluant tout rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse (8). En dépit de l'évolution favorable dans 90% des cas des lombalgies communes aiguës, le retentissement sur la qualité de vie, les possibles récurrences et les processus de chronicisation contrastent avec le caractère bénin initial.

Histoire de dos, histoire de maux, l'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur telle qu'une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion ».

Cette précision sémantique a permis à la douleur chronique de se différencier de la douleur aiguë et sa « finalité physiologique » de signal d'alarme. L'intégration des stimuli internes et externes liés à la douleur s'est révélée plus complexe, multimodale et multifocale sous la forme d'une « Pain Matrix ». L'intensité de la douleur perçue a tendance à être amplifiée par des états émotionnels négatifs, des processus de mémorisations et des systèmes d'homéostasies complexes (9). L'incapacité fonctionnelle secondaire à ce symptôme, l'émergence d'une déficience peuvent engendrer une limitation d'activité et une restriction de participation. Les différentes sphères de vie du patient peuvent être touchées (professionnelle, familiale, relationnelle et personnelle). L'HAS reprend la définition de la douleur chronique comme « un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteint ». La lombalgie « symptôme », en se chronicisant devient une « maladie en soi ».

Force est de constater que les dernières recommandations attachent une attention particulière à la sémiologie des lombalgies communes (8) (10). Mettant l'accent sur une continuité et une évolution possible de ce symptôme en maladie, les concepts de « poussée aiguë de lombalgie », de « lombalgie récurrente » et de « lombalgie chronique » émergent. Une approche centrée sur le patient est développée, amenant à des histoires de lombalgies différentes et propres à chacun, variables dans le temps. Un objectif commun reste la pierre angulaire de la prise en charge des lombalgies communes : la lutte contre la chronicisation. Pour cela, elle s'articule autour de mesures de préventions précoces avec un dépistage, une stratification et un repérage des patients à risque de chronicisation. Les dernières recommandations cliniques ont développé un système de drapeaux afin de faciliter le parcours de soins et la prise en charge du patient lombalgique (10).

Une information claire et répétée, un début de mise en mouvement, la poursuite d'une activité physique adaptée (APA) dans le temps sont de réels enjeux chez les patients souffrant de lombalgie commune (11). Un processus d'autonomisation du patient lombalgique et une attitude active dans sa prise en charge sont favorisés.

L'activité physique (AP) est propulsée au premier rang des recommandations de bonnes pratiques mettant en exergue son rôle central dans la prise en charge des lombalgies communes (10). En s'inscrivant dans une lutte contre le déconditionnement moteur et la kinésiophobie, elle est considérée comme la meilleure prévention réalisable et ce à chaque stade (12). Que ce soit à l'échelle moléculaire, cellulaire, tissulaire ou dans sa globalité, l'AP présente de multiples bénéfices dans la lombalgie (13) (14–25). Les bienfaits plurifactoriels et la possibilité de développer un tissu social lors de sa pratique, viennent renforcer sa place indispensable dans leurs prises en charge. L'adaptation des recommandations théoriques peut s'exposer à des réticences (26), des limites (27). En effet, la lombalgie est considérée par les patients comme l'un des principaux freins à la pratique d'AP et sportive (28). De plus, la période récente du « confinement » a démontré que les temps de sédentarité et la démocratisation du télétravail, croissants dans nos sociétés, aggravent leurs retentissements (29) (30).

L'accompagnement à la pratique d'AP du patient lombalgique doit être « régulier, raisonné et raisonnable » (31). Comme tout médicament, l'AP en cas de « surdosage » ou de « surentrainement » peut exposer à des effets secondaires, des incidents, une rechute ou aggravation de la lombalgie existante. Il apparaît donc important d'évaluer et d'ajuster cette thérapeutique au sein d'un suivi rapproché.

En outre, l'offre de soins et les réseaux sport-santé restent très hétérogènes sur l'échelle du pays et de grandes disparités demeurent selon les territoires géographiques. La loi du 2 mars 2022 scelle l'extension de la prescription médicale d'APA à l'ensemble « des personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie » (32). Sous l'impulsion de Montauban et des pôles urbains adjacents, des maisons sport-santé et des associations, le sport sur ordonnance et la prescription d'APA se développent progressivement dans le Tarn et Garonne.

Les soignants, dont les médecins, font donc face à un enjeu de taille : **mettre ou remettre en mouvement les patients lombalgiques de façon personnalisée, sécurisée et pérenne, tout en limitant les comportements sédentaires.**

Ainsi au travers de cette thèse, nous proposons de répondre à la question suivante : « *Quelles places prennent la promotion et la prescription d'activité physique dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgies communes par les médecins généralistes du Tarn et Garonne ?* ».

2. Matériel et méthodes

2.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de dresser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes, inscrits à l'Ordre du Tarn et Garonne, en termes de promotion et d'accompagnement à l'AP chez les patients atteints de lombalgies communes.

Les objectifs secondaires étaient multiples. D'une part, nous voulions voir quel type de suivi de l'activité physique des patients lombalgiques est mis en place par les médecins généralistes. D'autre part, nous souhaitions identifier leurs positionnements sur la possible réorganisation du parcours de soin du patient lombalgique et l'offre de soin sport-santé dans leur département.

2.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale observationnelle.

2.3. Population étudiée

La population étudiée était les médecins généralistes exerçant dans le Tarn et Garonne et inscrits à l'Ordre des médecins au moment de l'étude, en excluant les médecins retraités, les médecins remplaçants, les médecins ne pratiquant plus la médecine générale, les étudiants en médecine générale, les médecins exerçant une autre spécialité.

2.4. Questionnaire (annexe I)

L'élaboration du questionnaire s'est basée sur une recherche bibliographique centrée sur les thématiques des lombalgies communes, de l'activité physique. Différents supports de recherche ont été utilisés : pubmed, google scholar, sudoc, le catalogue et index des sites médicaux de langue française, le site « Health Terminology-Ontology Portal».

Le questionnaire a été optimisé avec les précieux conseils pratiques et théoriques de deux médecins généralistes expérimentés (un maître de stage universitaire [Dr Bonnard], un médecin du sport [Dr De Neve]).

Il comportait 58 questions : 56 questions fermées, 2 questions ouvertes permettant des réponses longues. Les participants avaient à de nombreuses reprises (12 fois) au sein des questions fermées, avec l'item « Autre », la possibilité de

remplir ce champ libre et de préciser, d'argumenter leurs choix ainsi que de proposer des réponses supplémentaires et/ou complémentaires.

L'ensemble des questions a été réparti au sein de **6 parties** :

- **1) Caractéristiques de la population étudiée.**
- **2) Lombalgie commune et prise en charge en médecine générale.**
- **3) Mise en place pratique de la promotion de l'activité physique.**
- **4) Prescription d'activité physique chez le patient lombalgique.**

Cette partie était organisée en deux sous parties :

- Les 3 premières questions permettaient d'établir si le praticien avait recours en pratique à la prescription d'activité physique chez ses patients souffrant de lombalgie commune.
- En fonction de sa réponse, il était orienté à remplir l'une ou l'autre des sous parties :
 - Praticien ayant recours à la prescription d'AP chez les patients souffrant de lombalgie commune.
 - Praticien n'ayant pas recours à la prescription d'AP chez les patients souffrant de lombalgie commune.
- **5) Suivi de l'activité physique chez le patient lombalgique**
- **6) Positionnement** des médecins généralistes interrogés face à la possible réorganisation actuelle de l'offre et du parcours de soins en Tarn et Garonne au travers du spectre de la lombalgie.

Avant sa diffusion, le questionnaire a été testé par 8 personnes : **3 médecins généralistes** (dont 2 exerçant dans une région différente et un médecin du sport), et **5 personnes hors du milieu médical** (chacun d'un niveau de catégorie socioprofessionnelle différent).

Le temps de passage moyen du questionnaire était de **dix minutes**.

2.5. Diffusion du questionnaire

Le conseil de l'Ordre des médecins du Tarn et Garonne a accepté de fournir une liste qui recensait l'ensemble des noms des praticiens généralistes en exercice, inscrits à l'Ordre des médecins du département en date du 14 octobre 2022 ainsi que leurs lieux d'exercices. Les adresses électroniques ont été récupérées dans un second temps par le biais d'appels téléphoniques.

Chaque médecin a reçu par mail un lien lui permettant de répondre à ce questionnaire en ligne sous la présentation d'un « Google Form ». Une courte introduction présentait au préalable l'objectif de ce travail de recherche.

La première diffusion a été réalisée le 02/11/2022. Le recueil des données a été effectué jusqu'au 15/01/2023. Deux relances ont été émises à 1 mois et 2 mois après le lancement du questionnaire.

La collecte des données a été faite en ligne après anonymisation des réponses.

2.6. Analyse et traitement des données

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un tableau Excel.

Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des paramètres de position (moyenne) et de dispersion (écart-type). En cas de distribution asymétrique, nous avons privilégié le paramètre de position (Médiane) et dispersion (Intervalle interquartile ; 1^{er} quartile ; 3^{ème} quartile).

Pour les variables qualitatives, après avoir identifié l'effectif total et l'effectif spécifique de la variable, nous avons établi nos résultats à l'aide de fréquences absolues, relatives et moyennes. Nous avons également pu exprimer nos résultats sous la forme de pourcentage.

Pour la comparaison de deux moyennes observées, nous avons eu recours, après l'application du test F d'égalité des variances à un test T-Student.

Pour la comparaison de deux fréquences observées ou plus, nous avons utilisé, en fonction de l'effectif, un test du Chi deux ou un Test de Fisher.

Les conditions pour la réalisation des tests étaient le choix d'un risque alpha à 0.05. Une valeur de $p \leq 0.05$ a été considérée comme statistiquement significative.

3. Résultats

3.1. Diagramme des flux (Figure 1)

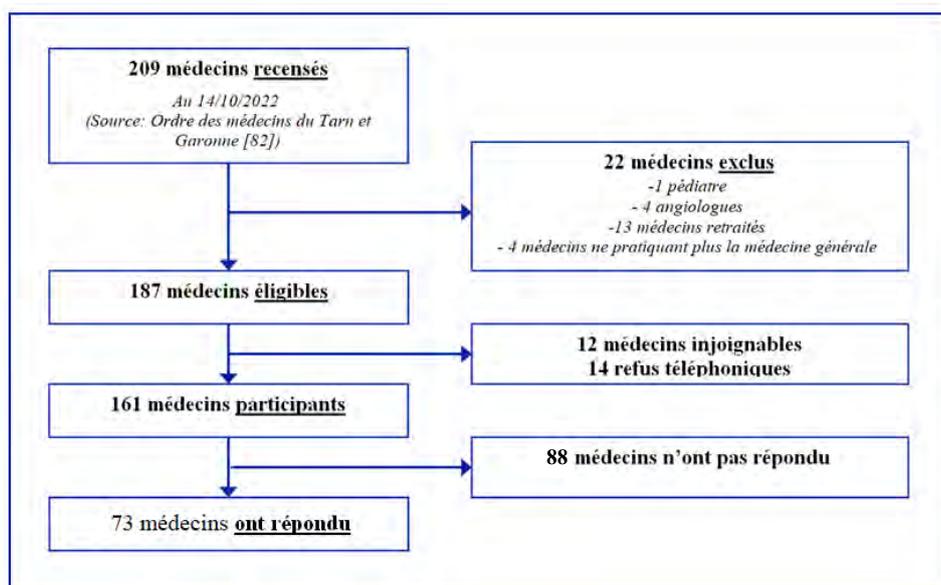


Figure 1 : Diagramme des flux

Un médecin est considéré comme injoignable après 10 relances téléphoniques et messages vocaux sur répondeur.

Le taux de réponse est estimé à **34.9%**.

3.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins participants

Caractéristiques sociodémographiques	Réponses N (%)
Genre :	
• Femme	38 (52%)
• Homme	35 (48%)
Age :	
• 25 – 34 ans	18 (25%)
• 35 – 44 ans	19 (26%)
• 45 – 54 ans	13 (18%)
• 55 – 64 ans	18 (25%)
• 65 ans et plus	5 (7%)
Mode de vie physiquement actif	
• Oui	52 (71%)
• Non	21 (29%)
Milieu d'exercice :	
• Milieu urbain	30 (41%)
• Milieu semi-rural	32 (44%)
• Milieu rural	11 (15%)
Mode d'exercice :	
• Libéral	68 (93%)
• Salarié	5 (7%)
• Individuel	23 (32%)
• En groupe	50 (68%)

• Exercice coordonné :	44 (60%)
○ Equipe de soins primaires	3
○ En maison de santé	24
○ Adhésion au sein d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)	19
○ En collaboration avec une infirmière ASALEE	23
• Adhésion à des réseaux sport- santé	6 (8%)
○ Partenaire du réseau « EFFORMIP »	3
○ Partenaire du dispositif « Bougez sur ordonnance »	4
Maître de stage universitaire (MSU) :	26 (36%)
• Praticien niveau 1 (PNI)	14
• Stage santé femme et enfant (SFE)	3
• Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS)	16
Thématique lombalgie et sport :	
• Formation initiale à la prescription d'APA ou à l'auto-rééducation	Oui : 20 (27%)
• Formations complémentaires en lien avec les thématiques « Lombalgie » et/ou « Activité physique »	Oui : 15 (21%)
○ DU de traumatologie du sport	4
○ DU de manipulation vertébrale / ostéopathie	3
○ DU d'activité physique adaptée	0
○ FST : Médecine du sport	7
○ FST : Douleur	0
○ Formation continue	8
○ Autre	
▪ EFFORMIP	3
▪ DU Rééducation-Neuroscience	1
▪ Posturologie	1
Offre de soins et Tarn et Garonne :	
• Connaissance de structures dans le Tarn et Garonne proposant de l'activité physique adaptée aux patients atteints de lombalgie	Oui : 24 (33%) Non : 49 (67%)

3.2.1. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non

Tableau 2 : Comparaison des catégories sociodémographiques, des modes d'exercices, de la formation et de la connaissance de l'offre de soins sport santé selon le caractère prescripteur d'activité physique ou non du médecin

		Médecins prescripteurs d'AP chez les patients lombalgiques n = 37	Médecins non prescripteurs d'AP chez les patients lombalgiques n = 36	Odd Ratio (OR) [IC 95%]	P-value
Genre	Femme	18	20		0.28
	Homme	19	16		
Age	25 – 34 ans	9	9		0.6°
	35 – 44 ans	8	11		
	45 – 54 ans	6	7		
	55 – 64 ans	12	6		
	65 ans et plus	2	3		
Mode de vie physiquement actif	Oui	31	21	3.69 [1.2 ; 11.1]	0.01*
	Non	6	15		
Milieu d'exercice	Urbain	4	7		0.6°
	Semi-rural	17	15		
	Rural	16	14		

	Libéral	34	34		0.36°	
	Salarié	4	1			
	Cabinet en groupe	23	27		0.24	
	Individuel	14	9			
Mode d'exercice	Exercice coordonné	27	17	3.02 [1.1 ; 8.0]	0.024*	
	ESP	0	3		0.11°	
	MSP	19	5	6.54 [2.1 ; 20.5]	0.0006*	
	CPTS	10	9		0.8	
	ASALEE	17	6	4.25 [1.4 ; 12.6]	0.007*	
	Adhésion à des réseaux sport-santé	4	2		0.7°	
Maître de stage universitaire (MSU)		18	18		0.8	
Thématique lombalgie et sport	Formation au cours du cursus médical à la prescription d'activité physique adaptée ou à l'auto-rééducation	16	4	4.19 [1.2 ; 14.6]	0.027*°	
	Formations complémentaires en lien avec les thématiques « Lombalgie » et/ou « Activité physique »	14	1	21.3 [2.6;173.2]	0.0003*°	
Offre de soins et Tarn et Garonne :						
	Connaissance de structures dans le Tarn et Garonne proposant de l'activité physique adaptée aux patients atteints de lombalgie	Oui	19	5	6.54 [2.1 ; 20.5]	0.0007*

Nombre (Pourcentages)

Test Chi2

Test de Fischer°

*Test significatif < 0.05

IC = Intervalle de confiance

Pas de données manquantes

3.2.2. En fonction de la réalisation d'un suivi d'AP ou non

Tableau 3 : Comparaison des catégories sociodémographiques, des modes d'exercices, de la formation et de la connaissance de l'offre de soins sport santé en fonction de la réalisation d'un suivi de l'activité physique ou non

		Suivi AP Oui N= 14	Suivi AP Non N = 59	Odd Ratio (OR) [IC à 95%]	P-value	
Genre	Femme	5	33		0.2	
	Homme	9	26			
Age	25 – 34 ans	1	17		0.3°	
	35 – 44 ans	3	16			
	45 – 54 ans	4	9			
	55 – 64 ans	5	13			
	65 ans et plus	1	4			
Mode de vie physiquement actif	Oui	12	40		0.3°	
	Non	2	19			
Milieu d'exercice	Urbain	7	23		0.7	
	Semi-rural	6	26			
	Rural	1	10			
Mode d'exercice	Libéral	13	55		1°	
	Salarié	1	4			
	Cabinet en groupe	11	39			0.5°
	Individuel	3	20			
	Exercice coordonné	13	31	11.04 [1.5 ; 515.1]		0.006**°
	ESP	1	2			0.5°
	MSP	10	14	7.76 [1.9 ; 39.4]		0.001**°
CPTS	10	9	13.2 [3.0 ; 71.0]	8.4^E-5**°		
ASALEE	11	12	13.7 [3,0 ; 88.4]	7.6^E-5**°		
Adhésion à des réseaux sport santé	5	1	29.7 [2.9 ; 1532.5]	0.0007**°		
Maitre de stage universitaire (MSU)		7	19		0.2	
Thématique lombalgie et sport	Formation au cours du cursus médical à la prescription d'activité physique adaptée ou à l'auto-rééducation	13	7	86.6 [10.4 ; 4055.8]	1.1^E-8**°	
	Formations complémentaires en lien avec les thématiques « Lombalgie » et/ou « Activité physique »	11	4	44.77 [8.1 ; 361.4]	1.2^E-7**°	

Offre de soins et Tarn et Garonne : Connaissance de structures dans le Tarn et Garonne proposant de l'AP adaptée aux patients atteints de lombalgie	Oui	11	13	12.4 [2.8 ; 79.5]	0.0001 * ^o
Nombre (Pourcentage)					
Test Chi2					
Test de Fischer ^o					
*Test significatif < 0.05					
IC = Intervalle de confiance					
Pas de données manquantes					

3.3. Comparaison des données socio-démographiques de notre échantillon de thèse et de notre population cible

A l'aide du dernier atlas de la démographie médicale datant de 2022, un comparatif a pu être réalisé entre la population cible et la population ayant répondu à notre questionnaire (33).

Tableau 4 : Comparaison des données socio-démographiques de notre échantillon de thèse et notre population cible

	Echantillon thèse n= 73 (34.9%)	Population cible n = 209
Genre	Femme : 38 (52%) Homme : 35(48%)	Femme : 99 (47.4 %) Homme : 110 (52.6%)
Age	25 – 34 ans : 18 (25%) 35 – 44 ans : 19 (26%) 45 – 54 ans : 13 (18%) 55 – 64 ans : 18 (25%) 65 ans et plus : 5 (7%)	Moins de 40 ans : 55 (26.3%) 40 à 49 ans : 28 (13.4%) 50 à 54 ans : 23 (11%) 55 à 59 ans : 31 (14.8%) 60 ans et plus : 72 (34.4%)
Mode d'exercice	Libéral : 68 (93%) Salarié : 5 (7%) Individuel : 23 (32%) En groupe : 50 (68%)	Libéral : 132 (63.2 %) Salarié : 77 (36.8 %) Individuel : 78 (37.3%) En groupe : 131 (62.7%)
Maître de stage universitaire (MSU)	Oui : 26 (36%) Non : 47 (64%)	Oui : 42 (20%) Non : 167 (80%)

3.4. Lombalgie commune et consultation

Tableau 5 : Estimation du nombre moyen de patients souffrant de lombalgie commune examinés par les praticiens sur une semaine

Lombalgie commune en consultation	Réponses N (%)
- Entre 0 et 5	25 (34%)
- Entre 5 et 10	38 (52%)
- Plus de 10	10 (14%)

Aucun praticien n'utilise de questionnaires standardisés lors de l'interrogatoire de leurs patients lombalgiques.

7% des praticiens répondent réaliser une stratification du risque de chronicité chez leurs patients lombalgiques. Cette pratique n'est pas significativement différente entre les « prescripteurs d'APA » et non prescripteurs.

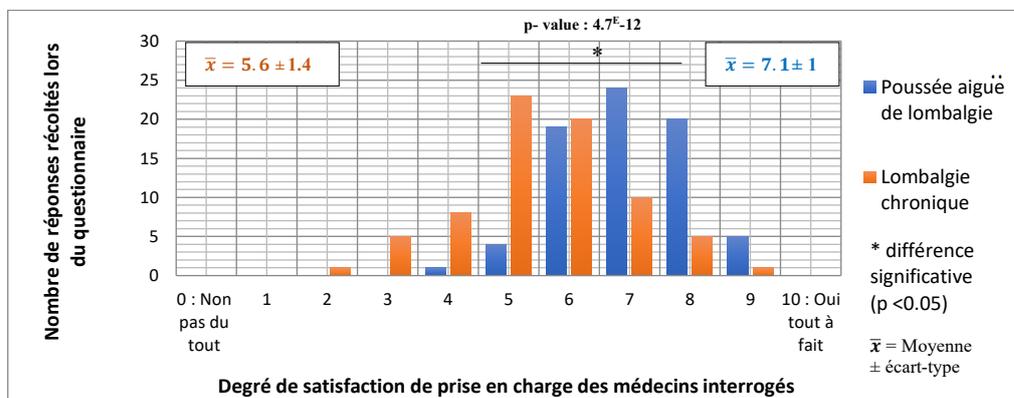


Figure 2 : Degré de satisfaction de prise en charge des lombalgies communes chez les médecins généralistes du Tarn et Garonne en fonction de son « stade d'évolution »

Nous nous sommes également intéressés à l'influence du caractère « Prescripteur d'APA » ou non sur le degré de satisfaction de prise en charge des lombalgies communes. ...

Tableau 6 : Degré de satisfaction des praticiens dans un contexte de poussée aiguë de lombalgie commune et de lombalgie chronique en fonction du critère « Prescripteur d'activité physique adaptée dans un contexte de lombalgie commune »

	Médecins prescripteurs APA chez les patients lombalgiques	Médecins non prescripteurs APA	P-value
Degré de satisfaction moyen des praticiens concernant leurs prises en charge d'une poussée aiguë de lombalgie commune (moyenne) (écart-type)	7.2 (± 1.1)	6.9 (± 0.9)	0.1
Degré de satisfaction moyen des praticiens concernant leurs prises en charge d'une lombalgie commune chronique (moyenne) (écart-type)	5.7 (± 1.4)	5.3 (± 1.3)	0.2

3.4.1. Impact du manque de temps sur les consultations

3.4.1.1. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie

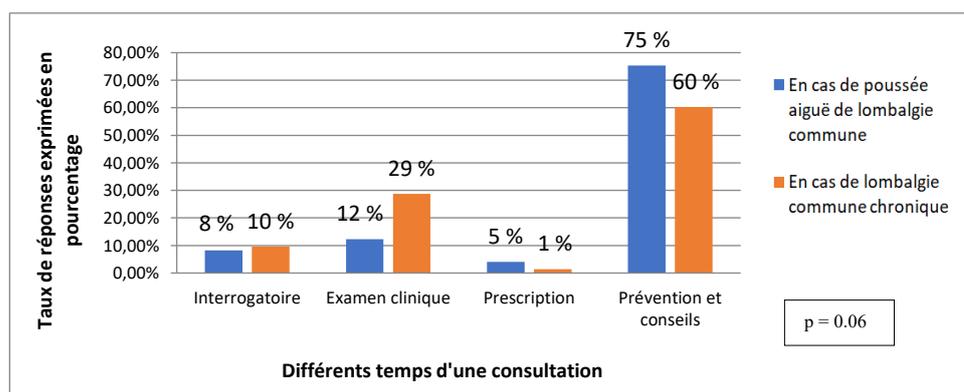


Figure 3 : Avis des médecins généralistes sur les parties de consultation les plus impactées par le manque de temps dans un contexte de lombalgie

3.4.1.2. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non

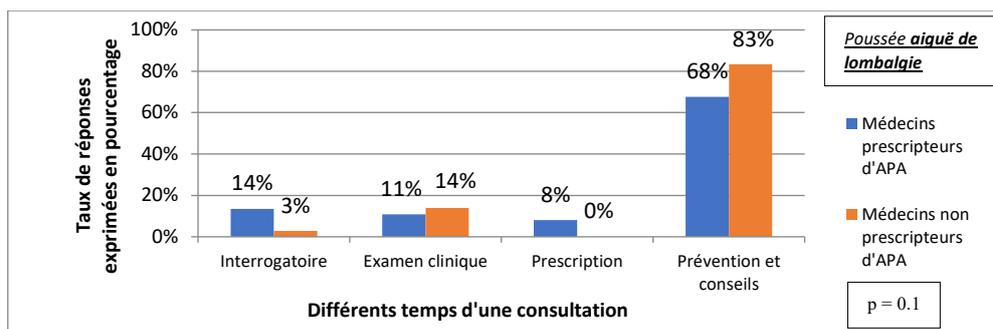


Figure 4 : Etude de l'impact du manque de temps sur les différentes parties d'une consultation dans un contexte de « poussée aiguë de lombalgie » commune chez les médecins prescripteurs et non prescripteurs APA

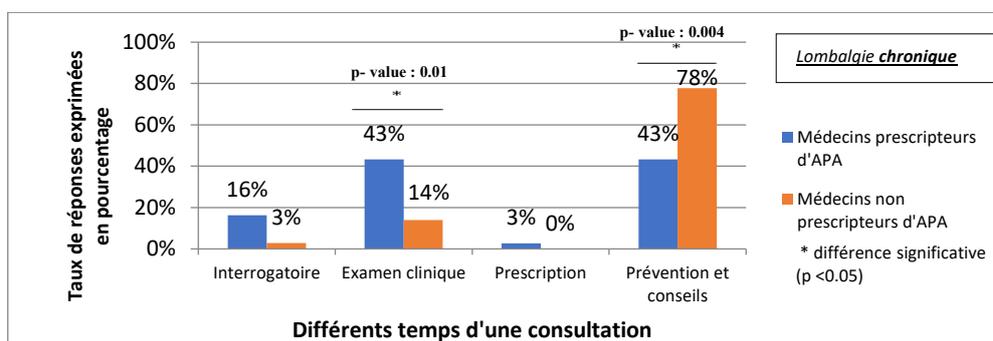


Figure 5 : Etude de l'impact du manque de temps sur les différentes parties d'une consultation dans un contexte de « lombalgie commune chronique » chez les médecins prescripteurs et non prescripteurs APA

3.4.2. Consultation et « facteurs psychosociaux »

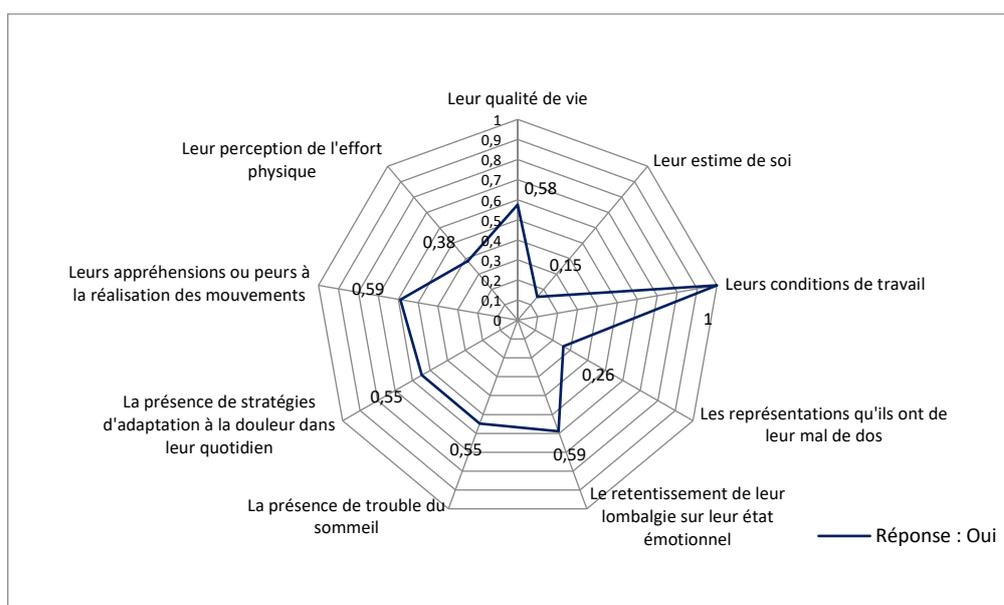


Figure 6 : Radar de représentation des fréquences de recherche de facteurs psychosociaux exposant à un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée à l'interrogatoire des patients lombalgiques

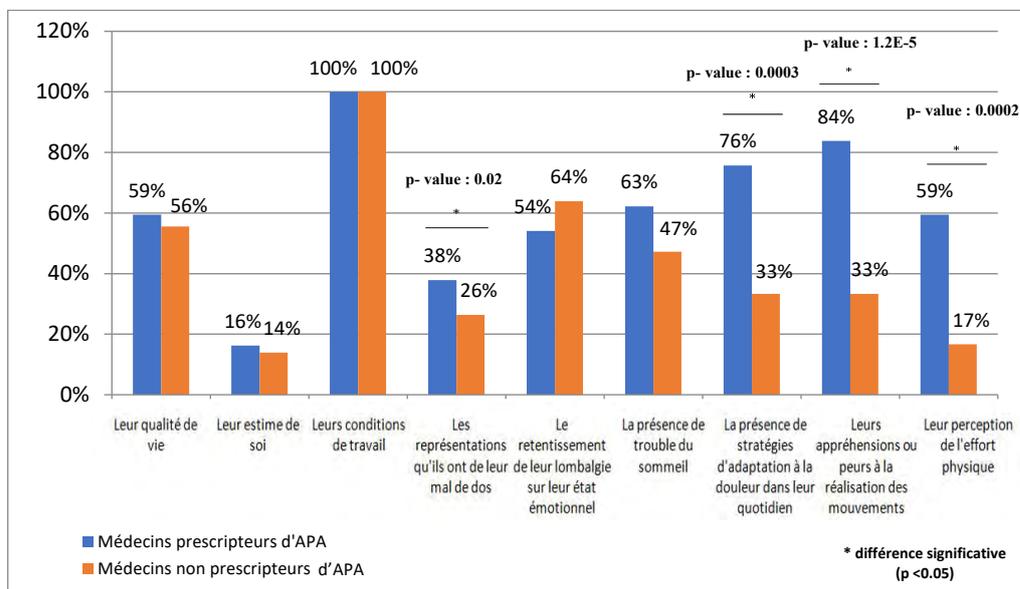


Figure 7 : Répartition en pourcentage de recherche des facteurs psychosociaux exposant à un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée (données d'interrogatoire des patients lombalgique) selon que le médecin soit prescripteur d'APA ou non

La recherche globale des facteurs psychosociaux à l'interrogatoire des patients lombalgiques apparait **différente** selon le caractère « **prescripteur d'APA** » du médecin ($p = 0.03$).

3.4.3. Consultation et évaluation de l'activité physique

3.4.3.1. Moyens de prise en charge

Les médecins utilisent systématiquement « **l'interrogatoire oral** » pour évaluer le niveau d'AP de leurs patients. 23 % des médecins déclarent utiliser des objets connectés avec en tête le recours aux montres connectées (10%), puis le podomètre (7%) et les applications « *Smartphones* » (6%). 8% des médecins utilisent le journal d'auto-recueil.

51% des médecins généralistes disent évaluer la **condition physique** des patients lombalgiques au cabinet.

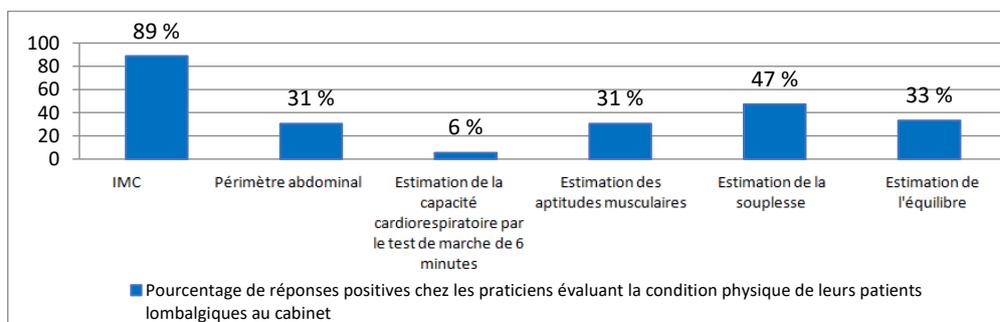


Figure 8 : Différentes modalités d'évaluation de la condition physique en cabinet de médecine générale des patients lombalgiques par leurs médecins

3.4.3.2. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie

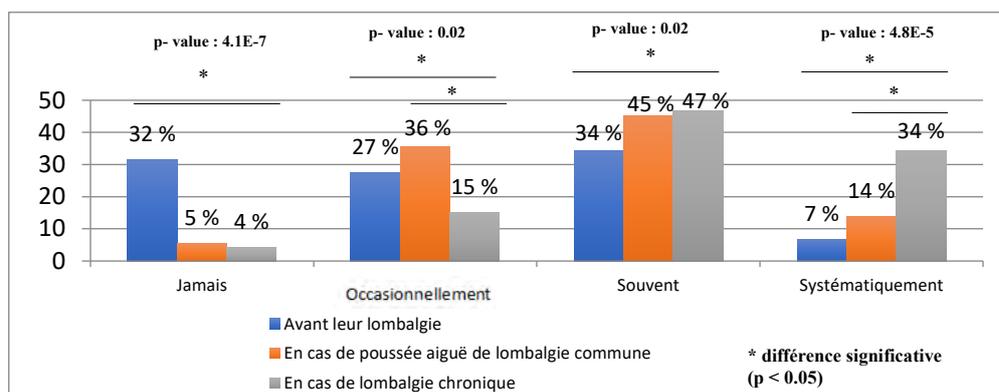


Figure 9 : Répartition de la fréquence d'évaluation du niveau d'activité physique en pourcentage des médecins généralistes avant et en fonction de l'évolution de la lombalgie commune de leurs patients

Il existe une différence significative de la répartition de la fréquence d'évaluation du niveau d'AP des patients déclarée par leurs médecins généralistes, en fonction du caractère « lombalgique » ou non du patient ($p = 4.9^{-5}$).

Nous retrouvons une différence significative de la répartition de la fréquence d'évaluation « systématiquement » ($p = 0.006$) et « occasionnellement » ($p = 0.004$) du niveau d'AP en fonction de « l'évolution du stade de la lombalgie commune ». Nous ne retrouvons pas de différence significative pour les fréquences « jamais » et « souvent ».

3.4.3.3. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non

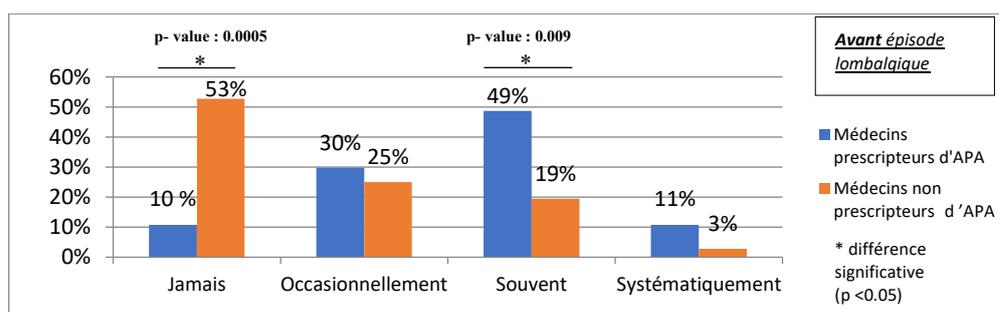


Figure 10 : Répartition de la fréquence en pourcentage d'évaluation du niveau d'activité physique des patients « avant l'épisode de lombalgie » en fonction du caractère « prescripteurs d'APA chez les patients lombalgiques ou non » des praticiens

Avant le phénomène « Lombalgie », les médecins « prescripteurs d'APA » déclarent évaluer plus souvent le niveau d'AP des patients tout venants que les « non prescripteurs d'APA » ($p = 0.0005$). 90 % des médecins prescripteurs d'APA évaluent le niveau d'AP des patients tandis que 47 % des médecins non prescripteurs le font.

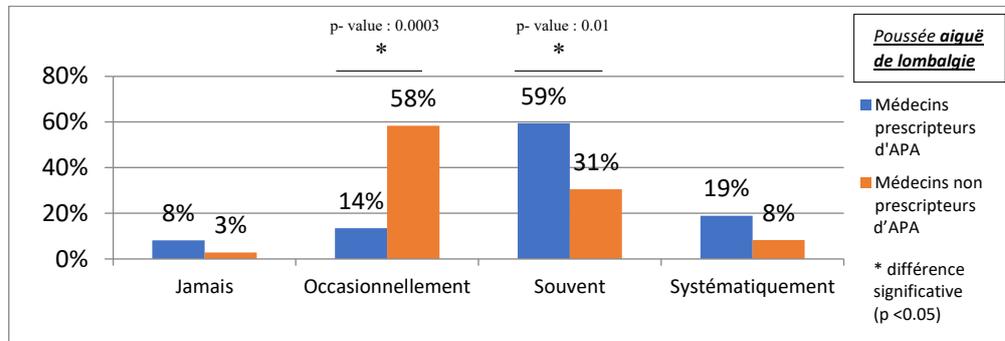


Figure 11 : Répartition de la fréquence d'évaluation du niveau d'activité physique des patients « en cas de poussée aiguë de lombalgie » en fonction du caractère « prescripteurs d'APA chez les patients lombalgiques ou non » des praticiens.

En cas de « **poussée aiguë** » de lombalgie, les médecins « prescripteurs d'APA » déclarent **évaluer plus souvent** le niveau d'AP des patients lombalgiques que les « non prescripteurs d'APA » ($p=0.0004$). 92 % des médecins prescripteurs d'APA évaluent le niveau d'activité physique des patients tandis que 97 % des médecins non prescripteurs le font ($p=0.6$).

En cas de **lombalgie chronique**, nous ne retrouvons **pas de différence** significative de l'évaluation du niveau d'AP des patients lombalgiques selon le caractère « prescripteurs d'APA » du médecin. 100 % des médecins prescripteurs d'APA déclarent évaluer le niveau d'AP des patients tandis que 92 % des médecins non prescripteurs le font ($p = 0.1$).

3.4.4. Consultation et évaluation du niveau de sédentarité

3.4.4.1. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie

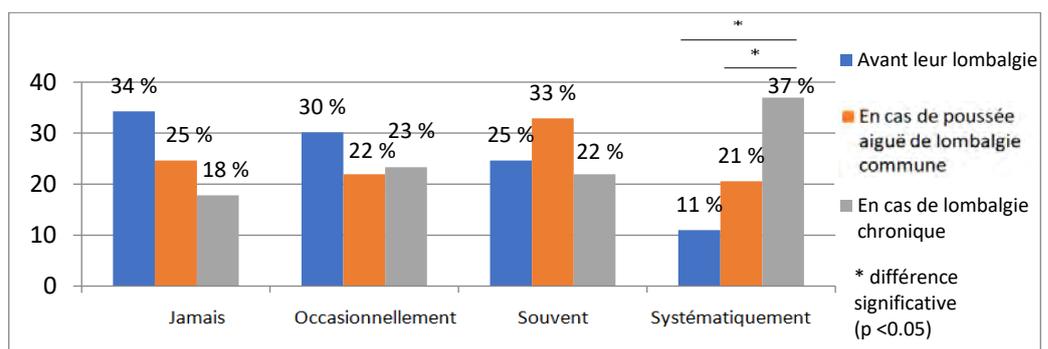


Figure 12 : Histogramme représentant la répartition de la fréquence d'évaluation du niveau « de sédentarité » en pourcentage des patients par les médecins généralistes avant et en fonction de l'évolution de la lombalgie commune

Les médecins généralistes déclarent évaluer plus « **systématiquement** » le niveau de **sédentarité** de leurs patients pendant leurs **lombalgies** qu'avant ($p = 0.001$) et plus particulièrement dans un contexte de lombalgie **chronique** ($p = 0.03$).

3.4.4.2. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non

Avant le phénomène « Lombalgie », les médecins « prescripteurs d'APA » déclarent évaluer **plus souvent** le niveau de **sédentarité** des patients tout-venants que les « non prescripteurs d'APA » ($p = 0.04$). 81 % des médecins prescripteurs d'APA évaluent le niveau de sédentarité des patients tandis que 50 % des médecins non prescripteurs le font ($p = 0.005$).

En cas de « poussée aiguë » de lombalgie, les médecins « prescripteurs d'APA » disent évaluer **plus souvent** le niveau de **sédentarité** des patients lombalgiques que les « non prescripteurs d'APA » ($p = 0.0006$). 89% des médecins prescripteurs d'APA estiment le niveau de sédentarité des patients tandis que 61% des médecins non prescripteurs le font ($p = 0.007$).

En cas de lombalgie chronique, les médecins « prescripteurs d'APA » déclarent apprécier **plus souvent** le niveau de **sédentarité** des patients lombalgiques que les « non prescripteurs d'APA » ($p = 0.03$). 92% des médecins prescripteurs d'APA déterminent le niveau de sédentarité des patients tandis que 72% des médecins non prescripteurs le font ($p = 0.04$).

3.4.5. Comparaison de l'évaluation du niveau de l'activité physique et de la sédentarité en fonction du stade d'évolution de la lombalgie

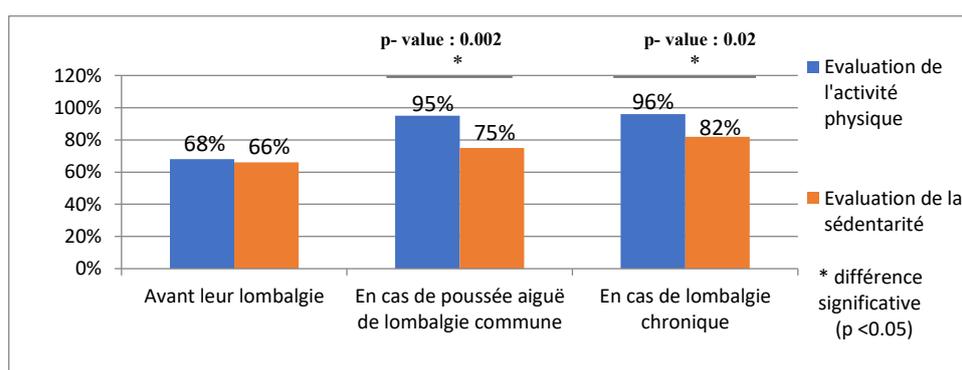


Figure 13 : Répartition du pourcentage d'évaluation de l'activité physique et de la sédentarité avant et en fonction de l'évolution de leur lombalgie commune

Les médecins généralistes déclarent évaluer **plus souvent le niveau d'AP** que le **niveau de sédentarité** chez les patients souffrant de **lombalgie**.

3.5. Promotion d'activité physique chez le patient lombalgique

29 % des participants répondent disposer d'affiches de prévention sur les thématiques « Promotion de l'AP » ou « Lombalgie » sur leurs lieux d'exercices. Cela concerne dans un contexte de lombalgie, 43% des médecins prescripteurs d'APA contre 14 % des médecins non prescripteurs ($p = 0.006$).

26 % des médecins généralistes attestent que leurs patients abordent spontanément la thématique d'AP en « Poussée aiguë » de lombalgie commune contre 36% dans un contexte de chronicité ($p = 0.2$). Nous ne trouvons pas de différence significative de cet abord en fonction du caractère « prescripteur d'APA » ou non ($p = 0.8$), à la fois dans un contexte de poussée aiguë de lombalgie ($p = 0.5$) ou chronique ($p = 0.7$).

3.5.1. Recommandations des médecins généralistes lors de la promotion d'AP chez les patients lombalgiques

100 % des médecins **disent recommander** la pratique d'AP à leurs patients lombalgiques.

Les justificatifs donnés par les médecins à leurs patients lombalgiques afin qu'ils adoptent un mode de vie plus actif sont : les bénéfices pour le bien-être-**physique** (34%), pour une amélioration spécifique de leur **lombalgie** (32%) et pour le bien-être **psychique** (30%). Les autres réponses libres évoquent le rôle d'intégration dans la société (1% des répondants) que joue l'activité physique mais également son action préventive (« Préventions multiples ») (3% des répondants).

3.5.1.1. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie

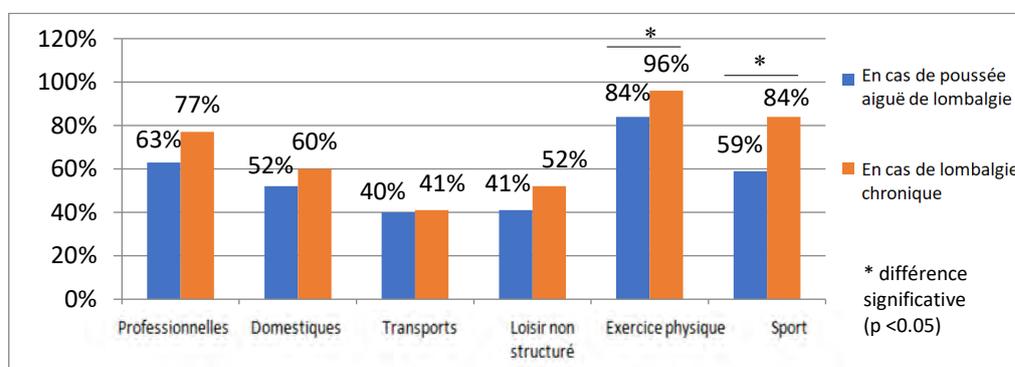


Figure 14 : Histogramme représentant la répartition en pourcentage des recommandations de pratique d'activité physique par les médecins généralistes en fonction du stade de lombalgie commune de leurs patients

Il existe une différence significative des recommandations de pratique d'AP dans les domaines de l'exercice physique ($p = 0.01$) et le sport ($p = 0.001$) entre le contexte de poussée aiguë de lombalgie et les lombalgies chroniques.

3.5.1.2. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non

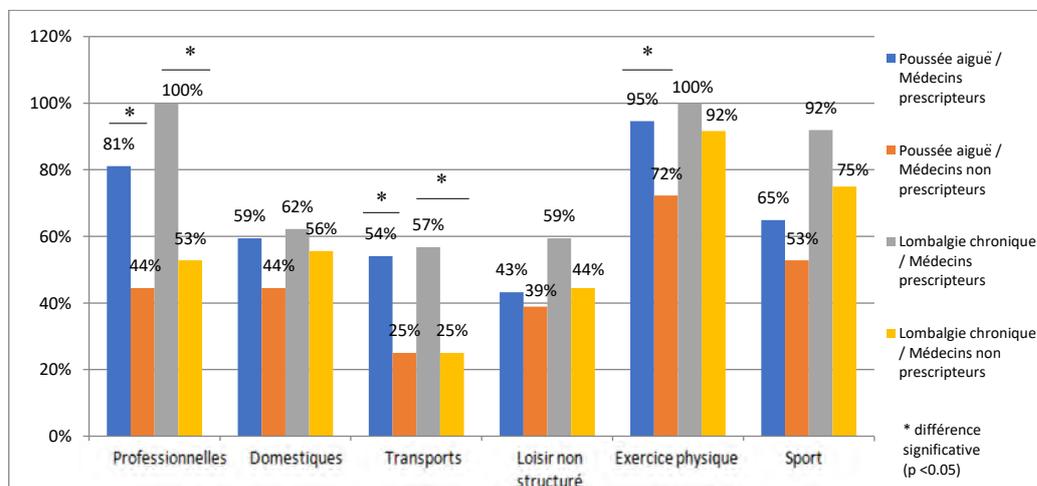


Figure 15 : Répartition en pourcentage des recommandations de pratique d'activité physique par les médecins généralistes en fonction du stade de lombalgie commune de leurs patients et du caractère « prescripteurs » d'activité physique adaptée

En cas de « poussée aiguë » de lombalgie, les « prescripteurs d'APA » déclarent recommander plus souvent l'AP dans les domaines de l'AP : « Professionnelles » ($p = 0.001$), « Transports » ($p = 0.01$), « Exercice physique » ($p = 0.01$).

En cas de « lombalgie chronique », les médecins « prescripteurs d'APA » déclarent recommander plus souvent l'AP dans les domaines de l'AP : « Professionnelles » ($p = 4.8E-7$), « Transports » ($p = 0.006$).

3.5.2. Evaluation des freins et des leviers à la mise en mouvement

3.5.2.1. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie

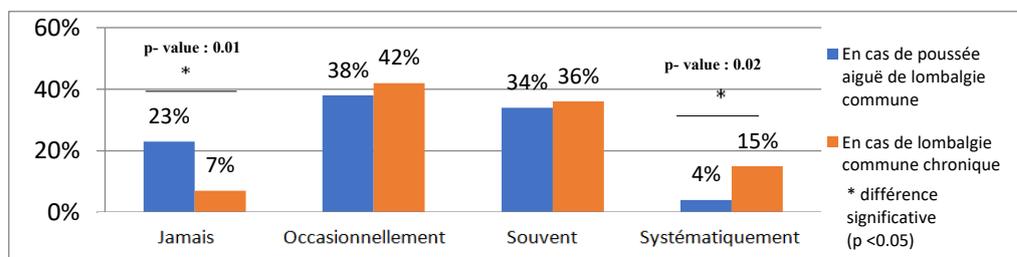


Figure 16 : Répartition du pourcentage d'évaluation et de recherche de freins et leviers existants chez les patients lombalgiques à l'instauration d'un mode de vie plus actif et moins sédentaire par leurs médecins généralistes en fonction de l'évolution de leurs lombalgies

Les médecins déclarent rechercher plus fréquemment des freins et leviers existants à l'instauration d'un mode de vie plus actif et moins sédentaire, chez les patients lombalgiques chroniques ($p= 0.01$). 77 % des médecins répondent le faire dans un contexte de poussée aiguë de lombalgie contre 93 % dans un contexte de lombalgie chronique ($p = 0.006$).

3.5.2.2. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non

En cas de « **poussée aiguë** » de lombalgie, les médecins « **prescripteurs d'APA** » déclarent **plus souvent évaluer et rechercher des freins et leviers** à l'instauration d'un mode de vie plus actif et moins sédentaire ($p = 0.03$). 89 % des médecins prescripteurs d'AP font cette évaluation contre 62 % chez les médecins non prescripteurs ($p= 0.01$).

En cas de « **lombalgie chronique** », nous ne trouvons **pas de différence** significative dans la fréquence de leurs évaluations entre la pratique des « prescripteurs d'APA » et « non prescripteurs » ($p = 0.07$). 97 % des « prescripteurs d'AP » font cette évaluation contre 89 % chez les « non prescripteurs d'AP » ($p= 0.2$).

3.5.3. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la promotion d'AP chez les patients lombalgiques

3.5.3.1. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie

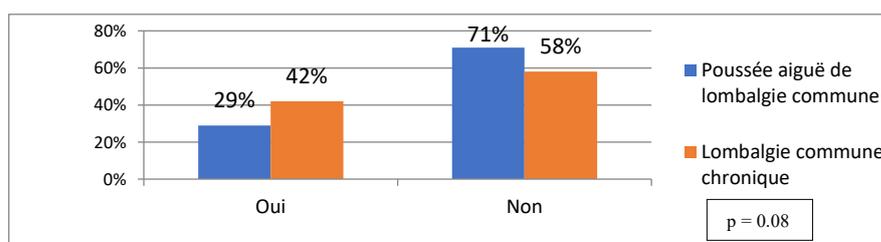


Figure 17 : Fréquence des difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de l'abord du sujet de l'AP et sa promotion chez leurs patients lombalgiques

3.5.3.2. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non

Dans un contexte de « **poussée aiguë de lombalgie** », 16 % des médecins prescripteurs d'AP déclarent rencontrer des difficultés à aborder le sujet de l'AP et à la promouvoir chez leurs patients lombalgiques contre 42 % chez les médecins non prescripteurs d'AP ($p= 0.02$).

Dans un contexte de « **lombalgie chronique** », 11 % des médecins prescripteurs d'AP déclarent rencontrer des difficultés à aborder le sujet de l'activité physique et à la promouvoir chez leurs patients lombalgiques contre 75 % chez les médecins non prescripteurs d'AP ($p=1.9E-8$).

3.6. Prescription d'activité physique chez le patient lombalgique

97% des praticiens notent **vouloir réaliser** une prescription d'AP dans un contexte de lombalgie. 36% des médecins la décrivent comme « systématique ». 42% comme « faite dans la majorité des cas » et 19% de façon « ponctuelle ».

51% disent **avoir déjà réalisé** une prescription d'AP chez un patient lombalgique.

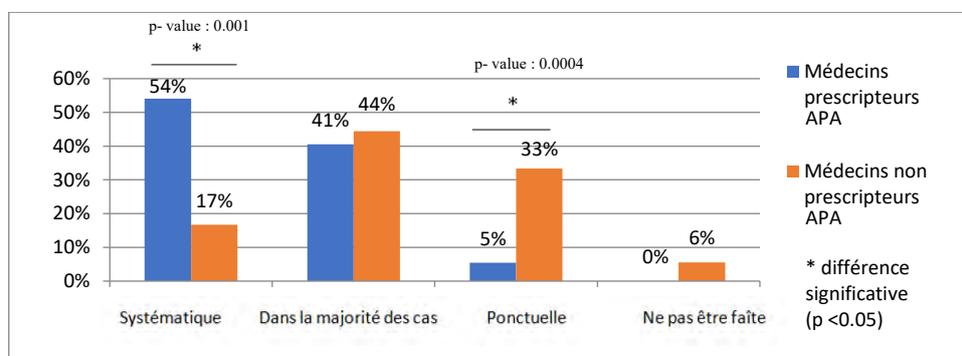


Figure 18 : Avis des praticiens sur l'intérêt et la fréquence d'une prescription d'AP dans le cadre de la lombalgie en fonction de leurs caractères « prescripteur » ou non d'APA

Les « prescripteurs d'AP » et les « non prescripteurs » paraissent avoir un **avis significativement différent** sur l'intérêt et la fréquence d'une prescription d'AP dans le cadre de la lombalgie ($p = 0.0004$).

Nous nous sommes intéressés aux justificatifs des médecins généralistes de l'intérêt d'une prescription d'AP dans le cadre de la lombalgie.

Tableau 7 : Récapitulatifs des justificatifs de l'intérêt de la prescription d'AP dans un contexte de lombalgie en fonction du choix de la fréquence de prescription de cette dernière

Prescription d'AP	Justificatifs de l'intérêt de cette fréquence de prescription d'AP dans un contexte de lombalgie	
	92 % des médecins ont apporté une explication :	
« Systématique »	« 1 ^{er} traitement »	36%
	« Diminution des lombalgies »	13 %
	« Bénéfice en globalité »	
	« Prévention »	
	« Lutte contre la chronicisation »	8 %
« Le bon traitement, c'est le mouvement »		
	« Sédentarité aggrave »	4%

	58 % des médecins ont apporté une explication :	
« Majorité des cas »	« Patients réfractaires, réticents »	22 %
	« Activité physique = Principal outil de prévention »	17 %
	« Activité physique inadaptée à certaines situations »	
	« Amélioration des symptômes »	
	« Activité à adapter à chaque situation »	11 %
	« Activité physique déjà pratiquée »	
	« A ajouter dans notre arsenal thérapeutique »	6 %
	« Lutte contre la sédentarité »	
	« Accompagnement des patients, encore faut-il avoir des intervenants disponibles »	
	« Lutte contre la désinsertion sociale »	
	57 % des médecins ont apporté une explication :	
« Ponctuelle »	« Adaptation à chaque patient »	14 %
	« Doit-elle s'inscrire dans une prescription ou dans une démarche plus globale de prise en charge pour améliorer son état de santé ? »	
	« Informations et conseils oraux suffisent »	
	« Trop complexe pour le praticien : Offre, rendez-vous... Manque de temps »	7 %
	« Pas besoin de tout médicaliser, chacun est libre de se prendre en main »	
	« A mettre en place à la demande du patient »	
	« Difficulté à mettre en place pour certains patients »	
« Ne pas être faite »	Deux médecins ont répondu :	
	- « La prescription ne changera pas le comportement »	
	- « Non maîtrise des modalités de prescriptions »	

3.6.1. Médecins prescripteurs d'AP

Nous nous sommes intéressés dans cette sous-partie aux pratiques de prescription des 51% de participants « prescrivants » de l'AP si lombalgie.

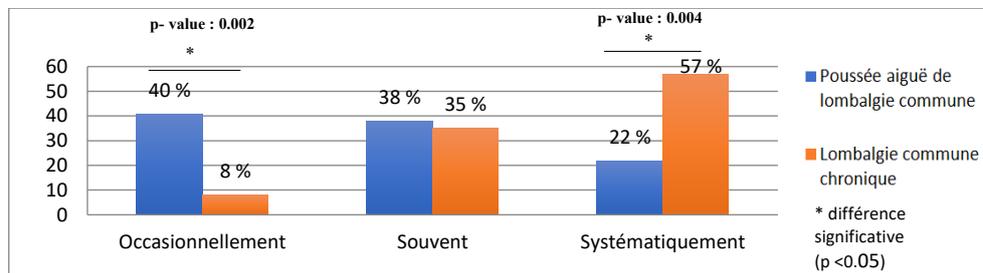


Figure 19 : Répartition de la fréquence en pourcentage de la prescription d'activité physique en fonction du stade de lombalgie commune chez les médecins généralistes ayant déjà réalisés une prescription d'activité physique

Les médecins généralistes semblent **prescrire plus souvent de l'AP** dans un contexte de lombalgie **chronique** ($p = 0.001$).

54% des médecins généralistes déclarent avoir recours à la forme «**orale**». La « prescription **écrite** » sur ordonnance d'AP est utilisée par **23%** des praticiens. 15% des participants disent remettre des documents sur le sport-santé et 4% se servent d'objectifs chiffrés ou de l'application *activ'dos*.

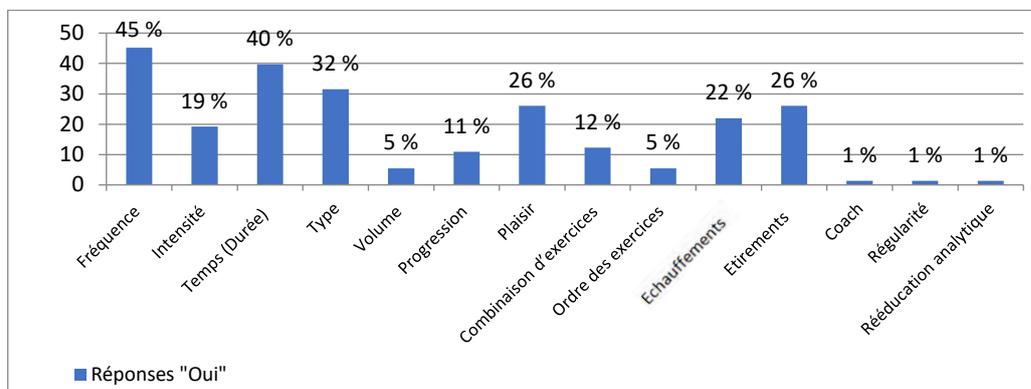


Figure 20 : Répartition des paramètres propres à l'activité physique pris en compte par les praticiens lors de la rédaction d'une prescription d'activité physique adaptée

74% des médecins n'exploitent pas les aides à la prescription d'AP.

Tableau 8 : Récapitulatif de la fréquence d'utilisation des aides à la prescription d'APA parmi les médecins ayant recours à ces aides

Guide HAS	78 %
Guide médicosport santé du Comité National Olympique et Sportif et de la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport	33 %
Formation professionnelle continue	22 %
Site internet : « Occitanie Sport Santé »	
Application Activ'dos	11 %

41% des médecins généralistes déclarent avoir recours à la prescription d'auto-rééducation dans un contexte de « Poussée aiguë » de la lombalgie contre 65% dans un contexte de lombalgie chronique ($p = 0.04$).

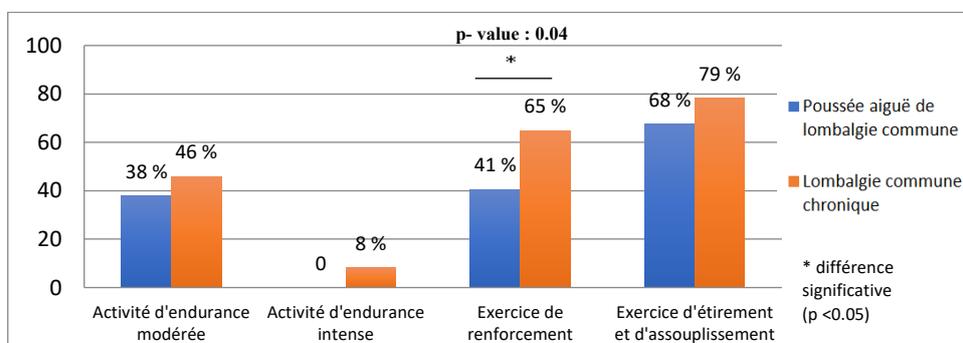


Figure 21 : Répartition des différents types d'activité physique prescrits par les médecins généralistes en fonction du stade de lombalgie

38 % des praticiens disent délivrer des recommandations pour une reprise progressive et sécurisée d'une AP dans un contexte de lombalgie commune. 24 % affirment donner des conseils de respiration lors de la prescription d'AP.

35% des prescripteurs d'AP disent informer leurs patients lombalgiques sur les possibles effets indésirables liés à la pratique de cette dernière.

3.6.2. Médecins non prescripteurs d'AP

92 % des médecins ne prescrivant pas d'AP, déclarent orienter leurs patients lombalgiques vers un professionnel de santé spécialisé dans le mouvement.

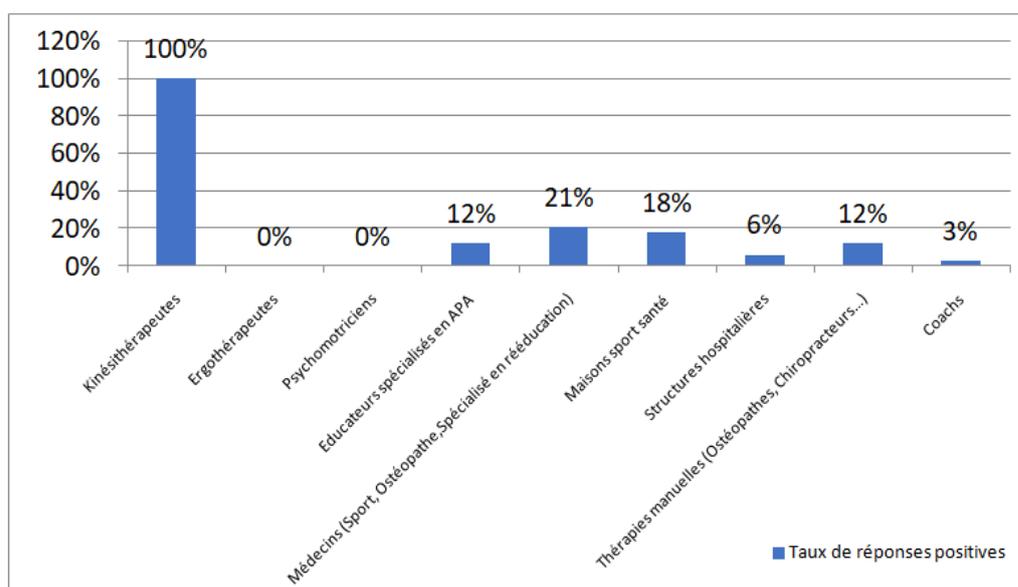


Figure 22 : Répartition des orientations vers un professionnel de santé spécialisé dans le mouvement par les médecins « non prescripteurs » d'AP dans un contexte de lombalgie

39 % des professionnels ne prescrivant pas d'activité physique dans un contexte de lombalgie, l'ont déjà réalisé pour un autre motif de consultation.

Nous nous sommes également interrogés sur les causes de non prescriptions d'AP chez les patients lombalgiques.

Tableau 9 : Récapitulatif des causes de non prescriptions d'AP chez les patients lombalgiques

« Manque de temps »	30 (83 %)
« Mauvaises connaissances sur la thématique »	29 (81 %)
« Manque d'information des dispositifs « Sport Santé 82 »	27 (75 %)
« Manque d'habitude »	12 (33%)
« Difficultés financières pour le patients »	12 (33 %)
« Non observance des patients »	11 (31 %)
« Manque de motivation des patients ».	7 (19 %)
« Mauvaise maîtrise des contre-indications à la pratique d'AP »	6 (17 %)
« Manque de confiance sur l'accompagnement des patients »	4 (11%)
« Difficulté de collaboration avec les différents acteurs de soins »	
« Retour insuffisant sur l'évolution des patients ».	3 (8 %)
« Risque de décompensation et/ou aggravation de la symptomatologie »	1 (3 %)

3.7. Suivi des patients lombalgiques

3.7.1. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie

7% des médecins déclarent **organiser systématiquement** une consultation de suivi dans un contexte de « **Poussée aiguë** » de lombalgie commune et **44%** le font face à une situation de lombalgie **chronique** ($p = 2.8 E-7$).

3.7.2. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non

Dans un contexte de « **Poussée aiguë** » de lombalgie, 8% des médecins « **Prescripteurs AP** » organisent une consultation de suivi à distance systématiquement contre 5 % des médecins non prescripteurs. Cette différence est **non significative**.

Dans un contexte de « **Lombalgie chronique** », 59% des médecins « **Prescripteurs AP** » organisent une consultation de suivi à distance systématiquement contre 28 % chez les médecins non prescripteurs ($p = 0.006$).

3.7.3. Suivi et maintien dans le domaine de l'AP

81% des médecins déclarent **ne pas réaliser de suivi de l'AP** chez leurs patients lombalgiques.

32 % des praticiens « **prescripteurs** » **réalisent un suivi** de l'évolution et de la progression dans le domaine « de l'AP » de leurs patients lombalgiques contre 5 % des médecins non prescripteurs ($p = 0.006$). **79 %** des médecins déclarant réaliser un suivi de leurs patients lombalgiques, dans le domaine « de l'AP », utiliseraient des **paramètres** pour quantifier leurs évolutions et leurs progressions.

Lors de ce suivi, **91%** des médecins assurent utiliser le **paramètre « Qualité de vie »**.

Tableau 10 : Récapitulatif par ordre décroissants de la fréquence d'utilisation des paramètres pour le suivi de l'évolution et de la progression de l'AP des patients lombalgiques

Qualité de vie	10 (91%)	Chiffres tensionnels	2 (18%)
Mesure de la distance doigt sol		Performance	
Nombre de pas journalier	6 (55 %)	Mesure de l'angle poplité	1 (9%)
IMC		Vitesse de marche	
EVA Douleur	5 (45 %)	Paramètre biologique	0 (0%)
Mesure du Schöber		Autre	
Distance talon fesse	3 (27 %)		
Pouls			

3.7.4. Mise en place pratique du suivi et maintien de l'AP

Lors du suivi et de l'accompagnement à la pratique d'AP du patient lombalgique, 73 % des médecins disent utiliser l'application *activ'dos*, 64 % la montre connectée, 36% le podomètre, 27% un carnet de suivi et 9 % une autre application connectée. **22%** des médecins disent rechercher la **survenue d'effets indésirables** liée à la pratique d'AP chez leurs patients.

3.7.4.1. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie

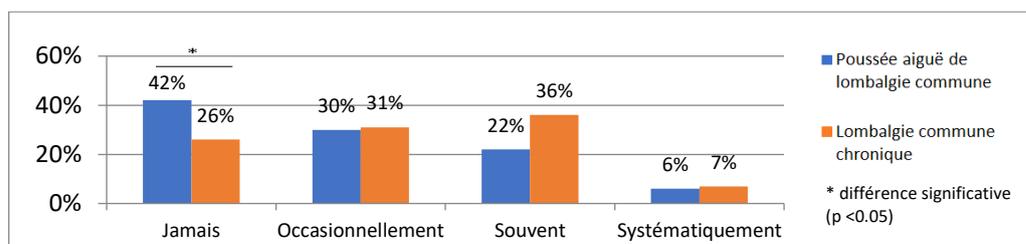


Figure 23 : Répartition de la fréquence de médecins généralistes favorisant l'autogestion et l'autonomisation durant le suivi de leurs patients en fonction du stade de lombalgie

3.7.4.2. En fonction du caractère « Prescripteur AP » ou non

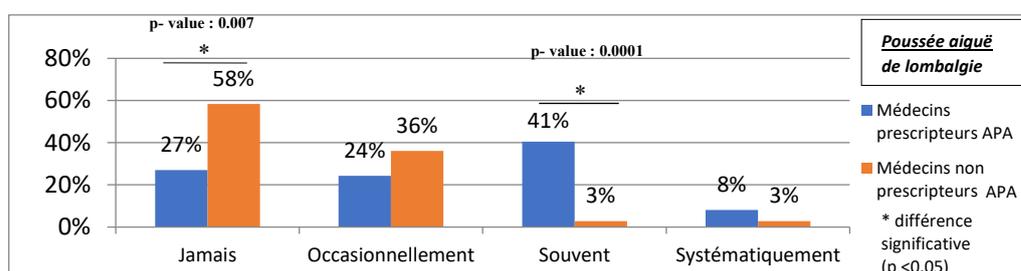


Figure 24 : Répartition de la fréquence de médecins généralistes mettant en place, dans un contexte de poussée aiguë de lombalgie commune, une stratégie d'autogestion et d'autonomisation durant le suivi de leurs patients lombalgiques en fonction du caractère « prescripteurs d'APA » ou non

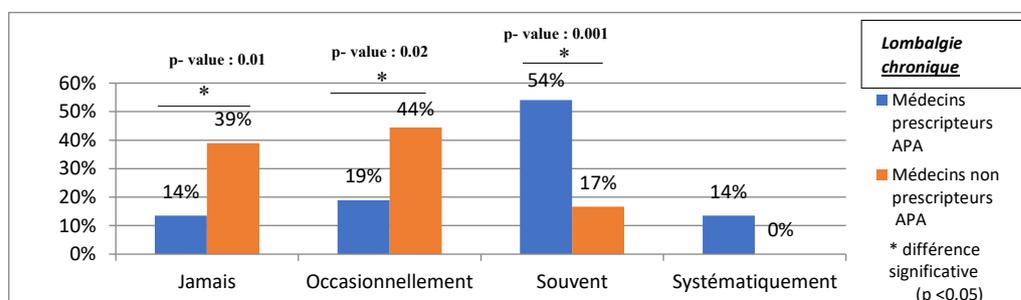


Figure 25 : Répartition de la fréquence de médecins généralistes mettant en place, dans un contexte de lombalgie commune chronique, une stratégie d'autogestion et d'autonomisation durant le suivi de leurs patients lombalgiques en fonction du caractère « prescripteurs d'APA » ou non

Les médecins prescripteurs d'APA témoignent mettre plus souvent en place des stratégies d'autogestion et d'autonomisation dans le suivi de leurs patients ayant une « Poussée aiguë de lombalgie » ($p=0.0001$) et dans un contexte de lombalgie chronique ($p= 8.3E-5$), que les médecins non prescripteurs d'APA.

3.8. Lombalgie : parcours et offre de soins

90% des professionnels se disent « Non satisfaits » de l'offre de soin « Sport sur ordonnance » du Tarn et Garonne.

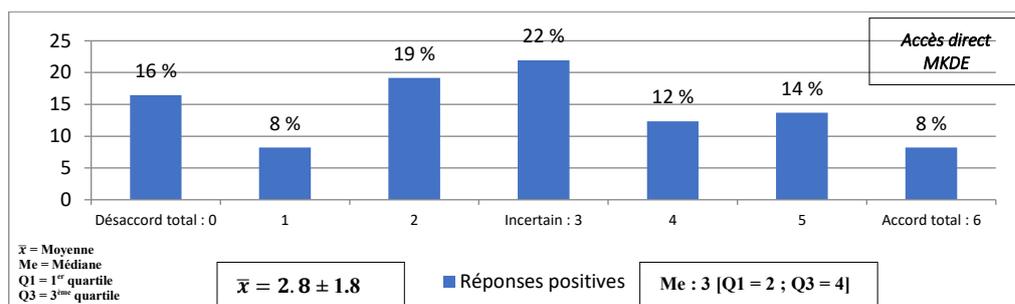


Figure 26 : Evaluation de l'opinion des médecins généralistes sur la mise en place de l'accès direct chez le kinésithérapeute lors des poussées aiguës de lombalgie

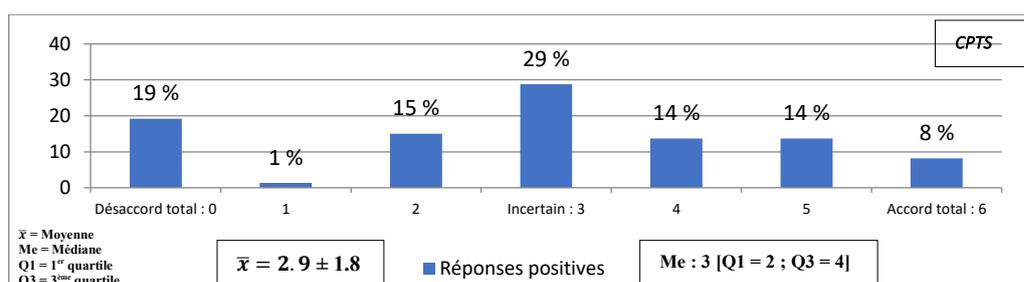


Figure 27 : Evaluation de l'opinion des médecins généralistes sur la fluidification et l'optimisation du parcours de soin, de la prise en charge des patients lombalgiques par la création de CPTS

Nous ne trouvons pas de différence significative entre les opinions des médecins « prescripteurs d'APA » et non prescripteurs concernant les thématiques : « l'accès direct » ($p = 0.7$) et « parcours de soins CPTS » ($p = 0.6$).

Cependant, une différence significative est notable en croisant les données en fonction de leurs connaissances de l'offre de soins.

Tableau 11 : Tableau du croisement des données concernant la satisfaction de l'offre de soin des praticiens en fonction de leurs connaissances de cette même offre de soin

	Satisfaction de l'offre de soin		Total	OR [IC à 95%]	P-value
	Oui	Non			
Connaissance de l'offre de soins	Oui	6	24 (33%)	15.35 [1.7 ; 747.5]	$p < 0.05^{**}$
	Non	1	49 (67%)		
Total	7 (10%)	66 (90%)	73 (100%)		

Nombre (Pourcentage) Test de Fischer^o *Test significatif < 0.05 IC = Intervalle de confiance

Seulement 10% des répondants ont ajouté un commentaire libre.

Tableau 12 : Récapitulatif des commentaires libres

- « Je n'ai pas vraiment entendu parler de l'offre de soin sport sur ordonnance »

 - « Aucune idée de l'offre de soin du sport sur ordonnance »

 - « Cela fait trente années que je fais la promotion de l'activité physique et du sport. Je suis surpris de la réflexion sociétale et médicale devant l'incapacité des patients à se prendre en charge. Plus on les aide, moins ils en font, plus ils attendent que l'autre fasse à leur place. Quant à la délégation de soins, c'est l'incompétence médicale qu'elle met en avant ! Dans le cadre de l'activité physique ou du sport encore faudrait-il que le médecin sache de quoi il parle ! A force de ne s'intéresser qu'à des algorithmes et aux recommandations, on en oublie le cœur du métier, la réponse « en direct » au patient en pleine compétence. »

 - « Besoin d'aides multiples à son développement, à son instauration et besoin de communiquer »

 - « Peu de formation sur le sujet »

 - « La question sur les CPTS est professionnel dépendant, ce n'est pas le dispositif lui-même qui va produire de la fluidité, il va surtout permettre de rémunérer les professionnels participant à une activité coordonnée »

 - « Aucune information simple, aucune présentation des structures, un message de la CPAM indigeste, aucune consultation de prévention créée dans la nomenclature mg avec rémunération en rapport avec temps passé ».
-

4. Discussion

Ce travail nous permet de dresser un état des lieux des pratiques actuelles des médecins généralistes inscrits à l'Ordre du Tarn et Garonne, en termes de promotion et d'accompagnement à l'activité physique chez les patients atteints de lombalgies communes.

Dans notre étude, 100 % des médecins généralistes disent réaliser la promotion de la pratique d'AP chez leurs patients lombalgiques. 97% estiment que la prescription d'AP doit être faite dans un contexte de lombalgie. En pratique, 51% franchissent le cap. Après avoir recommandé l'AP auprès de leurs patients lombalgiques, seulement 19% des médecins généralistes organisent son suivi.

4.1. Faiblesses et forces de l'étude

4.1.1. Faiblesses

Cette étude descriptive transversale n'offre qu'une vision limitée dans le temps des pratiques des médecins généralistes (Grade C, Niveau 4) (34).

Notre échantillon représente 34.9% de la population médicale inscrit à l'ordre des médecins du Tarn et Garonne dans la spécialité « médecine générale » au 14 octobre 2022. Nos résultats sont soumis à des biais de sélection. Le temps de passage d'environ dix minutes est non négligeable et a pu participer à la baisse du taux de participation. Il est probable que la plupart des participants, par le biais « de volontariat », étaient intéressés ou concernés directement par cette thématique. Ce facteur peut-être à l'origine d'une surestimation de certaines réponses en faveur de la promotion et de la prescription de l'AP. De plus, la population de notre étude, plus jeune, plus féminine, plus impliquée dans la formation initiale des internes en médecine générale n'est pas tout à fait représentative de notre population cible. Ces différences peuvent être à l'origine de nombreux biais. En effet, les maîtres de stages universitaires réalisent plus de formations. Ils ont une pratique de la médecine plus collaborative et plus proche des recommandations (35) (36) (37). La prédominance des MSU dans notre échantillon peut être également en partie expliquée par mon parcours d'internat au sein du Tarn et Garonne. Les médecins généralistes réalisant une AP ont tendance à plus souvent la promouvoir et la prescrire (38). La forte proportion de médecins se déclarant actifs dans notre étude a donc pu participer à une surestimation de l'accompagnement à la promotion et

prescription d'AP dans notre étude. La prudence est donc de rigueur dans la généralisation de ces données.

L'exposition à la subjectivité des enquêtés est inévitable. La présence de questions fermées a permis de faciliter l'analyse statistique mais a pu contribuer à des réponses induites, moins libres. Les questions ouvertes apportent des compléments d'informations. Cependant, l'abstention et l'hétérogénéité de ces réponses étaient plus importantes.

Un effort de réminiscence était également demandé aux médecins généralistes. Un biais de mémorisation est donc possible, surestimant probablement la part des réponses « systématiques » ou « jamais ».

Le caractère auto-déclaratif peut-être à l'origine d'un biais de désirabilité social. Sous l'impulsion de récentes études telles que « ESTEBAN », une vision plus globale de la santé émerge, mettant en avant les bienfaits de l'AP (39). Les directives politiques de santé publique s'emparent donc de ce sujet. De plus, l'ouverture récente des débats sur la délégation des tâches médicales est également un des éléments susceptibles d'influencer l'opinion des médecins. Nous avons donc pris soin d'anonymiser chaque questionnaire afin de diminuer l'impact de ce biais.

4.1.2. Forces

De par son unicité et sa thématique d'actualité :

Cette étude descriptive constitue le premier état de lieux des pratiques des médecins généralistes en termes de promotion et d'accompagnement à la pratique de l'activité physique chez les patients atteints de lombalgies communes. Cette recherche s'inscrit dans une démarche de santé publique où le poids des lombalgies et de la sédentarité est croissant. La focalisation sur un département donné offre une meilleure visibilité du vécu des médecins généralistes par rapport à l'offre de soins sport-santé, tant son développement est hétérogène à l'échelle départementale.

De par ses résultats :

Premièrement, des axes d'amélioration de la pratique d'accompagnement à la promotion et à la prescription d'AP par les médecins généralistes sont mis en avant. Les médecins généralistes accompagnent plus fréquemment à la pratique de l'AP leurs patients à risques et souffrant de lombalgies chroniques. Cependant, l'éducation à la pratique de l'activité physique et de lutte contre la

sédentarité doit débiter dès le plus jeune âge et dès le stade le plus précoce de la lombalgie. En effet, la littérature fait état d'une transmission transgénérationnelle de ce mode de vie actif (28) et la nécessité de l'instaurer dès les stades les plus précoces dans un contexte de lombalgie (10).

Deuxièmement, ils mettent en lumière des différences de pratiques significativement notables entre les « prescripteurs d'AP » et « non prescripteurs d'AP ». Les médecins prescripteurs d'AP, mieux formés, plus actifs et ayant un mode d'exercice plus coordonné, ont une meilleure connaissance de l'offre de soins « sport-santé ». Ils ont également un exercice médical plus en adéquation avec les nouvelles recommandations de bonnes pratiques de prescription d'AP et de prise en charge des patients lombalgiques. Il est donc important de poursuivre les efforts de formations initiales et continues dans le domaine de la promotion et de la prescription de l'AP.

Troisièmement, l'exercice coordonné de la médecine semble être un facteur facilitateur dans la mise en place d'un suivi du patient lombalgique et de l'évolution de ses progrès et difficultés rencontrées lors de la pratique de l'AP. Le facteur temps est considéré par les médecins généralistes comme un élément limitant le développement de la partie « Prévention et conseils » et de la « Prescription d'APA » lors d'une consultation de lombalgie commune. Une meilleure optimisation du parcours de soin peut contribuer à l'efficacité des prises en charge et à la libération de temps médical.

Quatrièmement, notre travail met en exergue l'importance d'informer et de médiatiser l'offre de soin « Sport-Santé » sur le territoire, développer son accessibilité à la fois pour les patients lombalgiques et pour les soignants. Cependant, les messages existants semblent être inaudibles ou « indigestes ». Un travail de démocratisation, de vulgarisation dans le domaine de l'activité physique est donc nécessaire. De plus, les médecins généralistes semblent demandeurs d'une reconnaissance et d'une valorisation de ce travail de prévention.

Cinquièmement, certaines craintes et appréhensions des médecins généralistes face à la réorganisation du parcours de soin du patient lombalgique sont également mises en avant. Une meilleure connaissance de ces freins pourrait contribuer aux développements et à l'amélioration de ces dispositifs « d'accès directs » et outils territoriaux « CPTS ».

4.2. Pratiques d'accompagnement à la mise en mouvement des patients

lombalgiques

Le médecin généraliste possède une importante expertise dans les domaines de prévention et des lombalgies. Elles font partie des 8 motifs de consultations les plus fréquents en France (40). Cela se retrouve dans notre étude : plus de 66% des médecins généralistes examinent en moyenne plus de 5 patients lombalgiques par semaine. À la croisée des chemins entre l'aigu et le chronique, entre les différents interlocuteurs du système de santé, il est un acteur de coordination indispensable et a un fort ancrage territorial local. Comme le rappelle la définition de l'organisation mondiale des médecins généralistes, la médecine générale favorise « la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace » (41) .

Devant l'absence d'efficacité des thérapeutiques médicamenteuses à moyen terme, un fort consensus s'est dégagé, propulsant les thérapies non médicamenteuses au premier rang des recommandations (10). Le maintien et la pratique de l'AP acquièrent une place centrale dans la prise en charge des lombalgies.

Cependant, le dernier rapport de l'ANSES est sans appel, 95 % de la population française est considérée comme inactive et/ou sédentaire (42). Dans une étude de la région « ex Midi-Pyrénées », un quart des patients assimilent le « mal de dos » comme un obstacle important. Ils le classent parmi les 4 premiers freins à l'activité physique (28). Alors comment font en pratique les médecins généralistes pour mettre en mouvement leurs patients lombalgiques ?

4.2.1. Dépistages et évaluation initiale du patient lombalgique

Les médecins généralistes du Tarn et Garonne sont en moyenne moins satisfaits par leurs prises en charge des patients lombalgiques chroniques que lors d'une poussée aiguë de lombalgie commune. L'errance médicale et le possible « nomadisme » des patients douloureux chroniques peuvent être une première explication (43). La difficulté à soulager le patient lombalgique chronique et l'impasse thérapeutique peuvent être vécus comme un véritable échec par le médecin généraliste (44). L'inquiétude et l'intolérance à l'incertitude du patient douloureux chronique peuvent pousser à une surmédicalisation (44) (45) (46) .

Pour aider les médecins généralistes à repérer les patients présentant un risque de chronicisation, un système de drapeaux est élaboré (12) (47).

Malgré les nombreuses preuves de son efficacité, seulement 7% des médecins répondant à notre étude réalisent une stratification du risque de leur patient (10) (48) (49) (50) (51) (52). De nombreux écrits illustrent les difficultés des médecins généralistes à l'application concrète des recommandations actuelles. (6) (7) (53) (54) .

A l'image de notre étude, la littérature décrit une faible utilisation des questionnaires standardisés dans la pratique courante des médecins généralistes (55) (56). En effet, jugés comme chronophages, ou difficilement réalisables, ils sont que peu exploités (56) (57) (58).

Les praticiens évaluent moins souvent le niveau d'AP et de sédentarité de leurs patients « Avant » l'épisode lombalgique. Nos résultats sont en concordance avec la littérature. En effet, la thématique de l'activité physique est plus souvent évoquée par les médecins généralistes chez les patients à risques que chez le patient tout venant et ceux indifféremment du motif de consultation (59) (60).

Notre étude met également en avant le fait que l'évaluation de la sédentarité soit moins systématique que celle de l'AP chez les patients lombalgiques. Pourtant indifféremment du niveau d'AP du patient, la sédentarité est considérée comme un facteur de récurrence à part entière dans les lombalgies. Malgré l'existence d'un questionnaire mondial, le « Global Physical Activity Questionnaire », permettant la surveillance à la fois des niveaux d'AP et de sédentarité de la population, la sédentarité demeurent moins évaluée que le niveau d'AP (61) (62) (63) (64).

4.2.2. Promotion

4.2.2.1. Une promotion systématique, sans réelle problématique

La thématique de l'AP semble peu abordée par les patients lombalgiques. A l'inverse, la totalité des médecins recommande la pratique d'AP à leurs patients lombalgiques.

A l'image de nos résultats, cette thématique prend une place centrale dans le travail de thèse du Dr Verdier. En effet, dans son écrit, elle s'est intéressée à l'impact des recommandations HAS 2019 dans la prise en charge en soins primaires des patients présentant une lombalgie commune aiguë à haut risque de passage à la chronicité. 94% des médecins interrogés dans son étude recommandent également la pratique d'AP à leurs patients lombalgiques (56).

4.2.2.2. Peu de prévention visuelle

29% des praticiens seulement utilisent des affiches de prévention sur les thématiques « Promotion de l'activité physique » ou « Lombalgie » sur leurs lieux d'exercices. Ce faible taux peut-il être expliqué par « la peur d'incommoder les patients avec des affiches et leur possible caractère normatif » (27) ? L'incidence et la prévalence des lombalgies contribuent-elles à une « normalisation » de cette pathologie par les médecins généralistes, faisant partie intégrante de la vie d'une personne ? Contrastant avec cette faible utilisation, les patients semblent plutôt satisfaits de la présence d'affiche préventive au sein des cabinets de médecine générale (65).

4.2.2.3. Des recommandations hétérogènes

Il existe peu de données étudiant la proportion et la nature des conseils délivrés chez les patients lombalgiques en termes d'activité physique. Dans un contexte de lombalgie commune, aucune AP n'est contre indiquée et n'a démontré de supériorité bénéfique dans leurs prises en charge (10). A l'image de la conclusion du travail de Foltz et Al, le type de l'activité n'ayant que peu d'importance, l'objectif premier s'oriente vers une régularité et un maintien adapté (66). La pratique d'AP se doit d'être progressive, adaptée et s'inscrire dans la durée. Les recommandations doivent être ciblées à la lumière des critères d'âges et de compétences physiques (67) (68).

Dans notre étude, la promotion de l'AP est plus fréquente dans les domaines de l'exercice physique et le sport aux dépens des AP « domestiques, transports, loisirs non structurés ». La promotion de l'AP est sujette aux représentations des médecins généralistes (69). En effet, le Dr Gruson démontre qu'en fonction de leurs approches, de leurs formations, de leurs pratiques, leurs conceptions de l'AP sont différentes (70). Nous pouvons nous questionner sur la représentation du champ des AP de nos médecins interrogés. Associent-ils de façon prédominante l'AP au « Sport » ou encore à l' « Exercice physique » délaissant les autres domaines ?

L'AP « professionnelle » occupe une place privilégiée dans notre étude au regard des recommandations d'AP hors contexte de lombalgie (27) (71). Une telle différence avec les résultats de notre étude, peut se justifier par le poids et le retentissement des AP « professionnelles » sur les lombalgies. En 2019

l'INRS rapporte que 20 % des accidents de travail sont en lien avec les lombalgies. Que ce soit dans le cadre de la rédaction d'un arrêt de travail ou dans une démarche de prévention, les médecins généralistes sont donc plus fréquemment amenés à réaliser des recommandations d'AP dans le domaine professionnel chez leurs patients lombalgiques (72).

4.2.3. Prescription

4.2.3.1. *Un cap difficile à passer ?*

Tandis que 97% des praticiens estiment que la prescription d'AP doit être réalisée dans le cadre de la lombalgie, 51 % des praticiens l'ont déjà effectuée. Ce décalage entre la volonté de prescription et la réalisation pratique est également retrouvé dans la littérature (73). Indifféremment du contexte lombalgique, de nombreuses études confirment que le passage à la prescription d'APA est encore sous utilisée par les médecins généralistes (27) (74) (75) (76).

Un tel écart peut s'expliquer par l'existence de nombreux freins à la réalisation pratique de cette prescription d'AP.

4.2.3.1.1. Un mode écrit délaissé au profit de l'oral

Cette tendance à la sous-utilisation du mode « écrit » lors de la réalisation d'une prescription d'AP est très largement retrouvée dans la littérature. Peu importe l'étiologie sous-jacente, l'utilisation préférentielle de la forme orale par les médecins généralistes semble faire consensus dans la littérature (73) (77) (78) (79). Cependant, le caractère « écrit » de l'ordonnance est également identifié comme un facteur d'adhésion à la pratique de cette AP (80). En effet, elle semble offrir un cadre sécurisant au patient, renforçant le poids et l'utilité de ce « médicament » (81) (82) (83) (84). Bien que des difficultés de réalisation soient mises en avant, peu de praticiens ont recours aux aides existantes à la prescription.

4.2.3.1.2. Des freins à la prescription déjà bien connus

La justification de « non prescription d'AP » est conforme aux freins retrouvés dans la littérature : des obstacles inhérents à l'acte, au praticien et au patient lombalgique (78) (85) (86) .

Dans notre travail, les raisons principales de « non prescription » d'AP chez les patients lombalgiques sont pour les médecins : le « manque de temps », de « mauvaises connaissances sur la thématique », le « manque d'information des dispositifs du Tarn et Garonne Sport Santé » (75%). Ces trois thématiques sont très largement retrouvées dans la littérature (27) (59) (73) (83) (85) (87) (88) (89) (90). Cette prescription ne peut se résumer à la rédaction d'une simple ordonnance. Les médecins généralistes décrivent la nécessité de développer un processus long favorable à son initiation, à son observance et surtout à son maintien (91).

Des causes de « non prescription d'AP » relatives au patient sont mises en avant par les praticiens de notre étude et sont confirmées par la littérature. En effet, la difficulté financière des patients est fréquemment citée (76) (82) (92). De plus, un travail de thèse s'intéressant aux pratiques de la promotion de l'AP dans les quartiers prioritaires de la ville de Montpellier, a constaté l'influence du gradient social dans cette thématique. Dans cette étude, la promotion et la prescription d'AP sont délaissées chez les populations en situation de précarité sociale (93). Le manque de motivation du patient est également assimilé à un réel obstacle à la prescription d'AP (28) (92).

4.2.3.2. Une AP plaisante mais peu intense

La prescription d'APA, à l'image des prescriptions médicamenteuses répond à des règles de bonne pratique. Une spécialité, une posologie, une durée doivent être soigneusement consignées et accompagnées de conseils. (67). L'AP prescrite est classiquement décrite en termes de fréquence, d'intensité, de temps et de type (91) (94).

L'objectif est d'introduire un mode de vie plus actif dans la durée. Cela ne peut se faire sans une recherche des intérêts, des préférences et des désirs du patient (70). Cependant, il est indispensable que son volume et son intensité soient adaptés aux capacités et à la condition physique du patient afin de réaliser une activité physique sécurisée (91) (95).

Dans notre étude, la prescription d'AP d'endurance de type intense chez les patients lombalgiques est délaissée par une grande majorité de médecins généralistes. Un des paramètres explicatifs de ce positionnement

peut être justifié par le modèle théorique en forme de U décrit par Heneweer et al. (96). Les patients présentant un surrisque de lombalgie chronique sont des patients se situant aux deux extrêmes : soit côté « sédentarité et l'inactivité », soit côté intensité « déraisonnée » (96). D'autres études complémentaires viennent moduler cette théorie en décrivant le concept de la « charge physique totale ». En effet, il est indispensable de tenir compte de l'influence des facteurs individuels et environnementaux de l'AP (97) (98).

L'APA d'intensité modérée est décrite comme bénéfique dès les stades précoces à la prévention des récives (98) (99). La marche est très fréquemment recommandée par les médecins généralistes, notamment au début de la remise en mouvement de leurs patients lombalgiques (27) (68).

La place de choix des exercices d'étirements et d'assouplissement, peut être justifiée par leurs bénéfices assez consensuels dans la littérature (95) (98) (99).

Plus globalement, le choix privilégié, pour la prise en charge des patients lombalgiques, semble celui de l'association multimodale d'AP (8) (95) (100) (101) (102) (103).

4.2.3.3. Peu de conseils associés

Nos résultats sont cohérents avec l'exercice contemporain des médecins généralistes. Une étude démontre que moins d'un tiers des recommandations d'AP sont accompagnés de conseils et d'éducatons associées (54). Cependant, en théorie, l'ajout de conseil de respiration à nos patients lombalgiques semble être pertinent. En effet, l'association d'exercices respiratoires à certains étirements permet une meilleure mobilisation des chaînes musculaires dorsales, diaphragmatiques et intercostales (104). De plus, les conseils de bonne pratique de l'AP et de sa reprise progressive paraissent indispensables à sa réalisation en toute sécurité (68).

4.2.3.4. Un interlocuteur prédominant : place de choix des MKDE

A l'image de nos résultats, les MKDE , spécialistes du mouvement, prennent une place d'interlocuteur indispensable dans la prise en charge des patients lombalgiques (105). L'adressage aux autres spécialistes du mouvement est décrit comme plus anecdotique, plus tardif et souvent insuffisante dans la littérature (56) (106).

Le faible recours à l'ostéopathie peut être justifié par le manque de confirmation scientifique des bénéfices propres à cette discipline et sur la diversité des acteurs de soins la pratiquant (10) (67) (107) (108).

Le faible recours aux différents intervenants du sport-santé est souvent justifié par un manque de connaissance de ces interlocuteurs (90) (109) (110). Il est possible que ces professionnels spécialisés de l'APA prennent une place grandissante dans les années à venir.

4.2.4. Un suivi inconstant

4.2.4.1. Un suivi hétérogène

En théorie, les recommandations de la HAS préconisent une consultation de réévaluation entre 2 et 4 semaines pour tous les patients ayant eu une poussée de lombalgie aiguë. Elle permettrait au praticien de réévaluer le symptôme, débiter une désescalade thérapeutique et de renforcer les conseils et recommandation dans le domaine de l'AP. Dans un contexte de chronicité, il est également conseillé de réévaluer les symptômes entre 6 et 12 semaines afin de renforcer et ou compléter la prise en charge multidisciplinaire (10). De plus, l'instauration d'un suivi régulier permet d'adapter l'AP, renforcer l'adhérence du patient, le sécuriser et le valoriser dans son changement. L'objectif est d'inscrire ce changement avec le patient dans la durée (67).

Dans sa réalisation, les praticiens de notre étude ne le mettent que très rarement en place. La proportion de médecins généralistes réalisant ce suivi est très hétérogène dans la littérature (111) (112). Dans la majorité des dispositifs « sport- santé », le suivi de l'AP est assuré par des éducateurs médico-sportifs (113) (114). La littérature décrit également une grande diversité dans l'utilisation et le recours aux paramètres physiques et psychologiques pour la réalisation du suivi de l'AP. A l'image de notre étude, le critère « qualité de vie » semble quasiment toujours recherché par les praticiens (114) (115) (116).

4.2.4.2. L'e-santé : un domaine en développement

Dans notre étude, prédominant par rapport au carnet de suivi, les praticiens utilisent préférentiellement les outils connectés. Cette tendance est confirmée par la littérature (117). Cependant, à l'image de nos résultats, ils ne sont que peu utilisés quotidiennement par les médecins généralistes. Des obstacles à leur démocratisation ont été mis en évidence, avec une inquiétude prédominante concernant la gestion des données médicales (118).

4.2.5. Des pratiques sous influences

4.2.5.1. Du manque de temps

Indifféremment du stade de la lombalgie, le manque de temps semble impacter la partie de consultation « prévention et conseils » pour la grande majorité des praticiens.

Nos résultats sont en accord avec les écrits scientifiques. Dans une étude datant de 2014, le domaine de la prévention était déjà le domaine le plus délaissé par les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients souffrant de lombalgie commune (54).

Dans la littérature ce facteur manque de temps semble omniprésent. Il n'est cependant pas caractéristique de la promotion et de la prescription AP du patient lombalgique. En effet, indifféremment de la pathologie, il est très fréquemment assimilé à un obstacle à la promotion et à la prescription de l'AP (27) (59) (73) (83) (85) (87) (88) (119).

4.2.5.2. En fonction du stade d'évolution de la lombalgie

La place de l'accompagnement à la pratique de l'AP semble plus importante dans un contexte de lombalgie chronique.

Conformément aux résultats de notre étude, les praticiens, dans la littérature, semblent privilégier l'évaluation de l'AP chez les patients chroniques (119) (120). En effet, la partie « prévention » n'est pas considérée comme une priorité par les soignants dans les pathologies dites « aiguës » et/ou « instables » (121). De plus, les médecins semblent plus intégrer cette thématique dans une démarche de prévention secondaire et tertiaire (59).

Les médecins généralistes paraissent plus attentifs aux potentiels freins et leviers au mouvement existant chez leurs patients lombalgiques chroniques. Ces résultats sont cohérents avec la littérature. De nombreux écrits retrouvent les différents obstacles à la remise en mouvement des patients lombalgiques chroniques. Des comportements inadaptés tels que la mise en place de stratégies d'adaptation, l'adoption de conduites d'évitements sont très largement décrites chez les patients lombalgiques chroniques (57) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129). La recherche de leurs peurs, de leurs kinésiophobies, de leurs ambivalences au sein d'un entretien motivationnel permet au soignant de déconstruire certaines idées préconçues. Une écoute active et un cadre sécurisant, rassurant sont indispensables (84) (130) (131).

De plus, le caractère aigu de la poussée lombalgique peut de manière initiale générer chez le soignant une peur potentielle d'aggraver une situation non stabilisée. En effet, en situation de « poussée aiguë » les recommandations privilégient le maintien des activités quotidiennes dans le respect du seuil douloureux (10). Entre la deuxième et la quatrième semaine suivant une poussée aiguë de lombalgie, la pratique d'exercices d'auto-rééducation et d'AP se veut être progressive et fractionnée.

Dans un contexte de lombalgie chronique, les médecins généralistes de notre étude estiment majoritairement que cette prescription doit être systématique. Inversement, dans un contexte de poussée aiguë de lombalgie commune, cette prescription est principalement « occasionnelle ». Cette différence significative est donc en accord avec les recommandations (10).

Dans notre étude, les médecins privilégient le développement des stratégies d'autogestion et d'autonomisation dans un contexte de lombalgie chronique. Cette volonté des soignants peut être le témoin de l'initiation d'une démarche active ne dépendant pas uniquement d'un tiers.

De plus, l'observance, la tolérance des recommandations d'AP ne sont pas forcément optimales sur le long terme. Beaucoup de patients atteints de maladies chroniques baissent les bras et abandonnent (132). Il paraît donc pertinent de mettre en place un suivi plus rapproché et plus assidu dans un contexte de lombalgie chronique. Cependant, nous pouvons nous interroger sur les modalités d'intégration d'un suivi de plus, une fréquence de consultation plus importante à des plannings de médecins

généralistes déjà bien trop chargés. Notre étude met en avant un lien statistique entre les praticiens réalisant un suivi de l'AP et une pratique de la médecine en exercice coordonné, au sein de MSP, de CPTS, le travail avec une infirmière ASALEE ou encore l'adhésion à des réseaux sport santé. Ce travail en collaboration, en réseaux de soins fait-il partie des solutions à la mise en place d'un suivi plus rapproché pour les patients lombalgiques ?

4.2.5.3. En fonction du caractère « Prescripteur d'AP » ou non

Les médecins «Prescripteur d'APA» semblent avoir une pratique médicale plus en accord avec les recommandations de bonnes pratiques de prescription d'AP et de prise en charge des patients lombalgiques (66) (91).

Premièrement, les médecins prescripteurs d'APA évaluent plus souvent les représentations de la lombalgie et la perception du mouvement de leurs patients lombalgiques. Ils recherchent plus fréquemment les freins et leviers existants à un mode de vie plus actif chez leurs patients lombalgiques. En outre, ils évaluent plus précocement le niveau d'AP et de sédentarité de leurs patients. Cette évaluation des capacités, des volontés et des peurs de leurs patients lombalgiques, est favorable à une initiation d'une AP plus adaptée et accessible dès le début de la lombalgie.

Deuxièmement, la promotion de l'AP des médecins prescripteurs semble plus diversifiée dans les méthodes et dans les recommandations. En effet, cette étude montre que la pluralité de leurs conseils et choix thérapeutiques leur permettent de sensibiliser un plus grand nombre de patients lombalgiques (133).

Troisièmement, la prescription d'AP et son suivi sont plus fréquents. Ce dernier permet d'ajuster l'AP, de valoriser le patient et d'ancrer dans la durée ces modifications du mode de vie au sein d'un cadre sécurisant.

Les médecins prescripteurs d'AP développent plus souvent et plus tôt des stratégies d'autogestion. Bien que les programmes d'exercices supervisés par un professionnel compétent, semblent être plus efficaces, l'auto-rééducation présente des bénéfices non négligeables (99) (134) (135). L'intégration de l'apprentissage de ces programmes d'exercices destinés au patient lombalgique au sein des formations initiales et continues semble être un axe pertinent de l'amélioration de notre prise en charge des lombalgies.

L'analyse des résultats a permis de mettre en avant plusieurs liens statistiquement associés avec la mise en place de cette prescription d'AP chez les patients lombalgiques.

En rapport avec les médecins non prescripteurs d'AP, les médecins « Prescripteurs d'AP lors d'une lombalgie » ont plus souvent :

- Un mode de vie physiquement actif
- Un mode d'exercice coordonné
- Une adhésion à des réseaux sport-santé
- Une formation au cours du cursus médical à la prescription d'APA ou à l'auto-rééducation et complémentaires en lien avec les thématiques « Lombalgie » et/ou « Activité physique ».
- Une connaissance de structures dans le Tarn et Garonne proposant de l'activité physique adaptée aux patients atteints de lombalgie.

Ces résultats semblent concordants avec la littérature. En effet, ils sont le plus souvent assimilés à des leviers ou des freins à la mise en place de la prescription de l'AP. Plusieurs études mettent en lumière que les médecins prescripteurs d'APA hors contexte de lombalgie, sont également mieux formés, ont une meilleure connaissance de l'offre de soins, un mode d'exercice coordonné plus fréquent et un mode de vie plus actif (27) (73) (76) (82) (85) (88) (91) (111).

Il serait intéressant de compléter et poursuivre le travail de cette thèse afin de mettre en lumière les freins à la formation de la prescription d'APA des médecins non prescripteurs.

4.3. Offres de soins « Sport-Santé »

4.3.1. Entre méconnaissance et insatisfaction certaine

Malgré une campagne d'information « Sport-Santé » menée par l'assurance maladie du Tarn et Garonne en fin d'année 2022, plus de deux médecins sur trois dans notre étude, déclarent méconnaître cette offre de soins.

De plus, ce travail de thèse souligne la **forte insatisfaction** des praticiens concernant **l'offre de soins « Sport sur ordonnance »** du Tarn et Garonne. En France, cette insatisfaction globale des médecins généralistes et cette méconnaissance concernant l'offre de soins « Sport-Santé » sont également retrouvées dans des écrits ciblant des échelles territoriales différentes (56) (58) (90).

4.3.2. Un système de soins en mouvement

Notre société change, nos habitudes et nos comportements également. Mais ce mouvement se dirige-t-il vers une AP plus importante ? Non, les rapports sont unanimes et ce quelle que soit l'échelle géographique choisie (136) (137) (138) (139). Des grands plans de santé publique sont mis en place dans la continuité de ceux déjà existant afin d'apporter des solutions contemporaines à ces problématiques (136) (137) (138) (140). Le plan national nutrition santé et « Ma santé 2022 » mettent en exergue la volonté de l'état d'appliquer les recommandations des scientifiques et développer la pratique d'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de maladies chroniques (7) (138). De plus, la loi n°2022-296 du 2 mars 2022 permet l'extension des indications de la prescription APA aux personnes souffrant de maladie chronique, possédant plus ou moins des facteurs de risques de sédentarité et ou une perte d'autonomie (32). A l'échelle départementale, dans le Tarn et Garonne, on dénombre cinq Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à ce jour avec une couverture départementale estimée à 77.6 % (141). Des maisons de sport-santé ont vu également le jour à Lafrançaise « UFOLEP 82 » ou « Tremplin santé », à Montauban « Bouger pour s'en sortir » et d'autres sont en création telles que « Sport santé Chaumes » (annexe II) (142). Dans l'optique de détacher du temps médical, de développer des possibilités de collaboration tout en optimisant leurs prises en charge, les soignants ont le libre choix d'adhérer aux CPTS. Le plan de

refondation des urgences et de « ma santé 2022 » ont permis de construire un cadre légal propice à la conception et à l'émergence de nouveaux protocoles de prise en charge de la lombalgie aiguë en accès direct par les masseurs kinésithérapeutes dans des lieux d'exercices coordonnés (6) (7). L'arrêté du 6 mars 2020 autorise le développement du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » (143).

Dans notre étude, les médecins ont un **avis plutôt incertain** face à cette réorganisation du parcours de soin du patient lombalgique en cas de poussée aiguë de lombalgie. Il en est de même avec l'idée que le parcours de soin des patients lombalgiques serait plus fluide et optimisé au sein d'une CPTS. Cette tendance est retrouvée dans la littérature avec la mise en lumière de nombreux bénéfices mais également de nombreux freins existants à leurs développements.

A l'étranger, la perspective de l'accès direct dans la prise en charge des lombalgies et son application semblent offrir une efficacité satisfaisante en termes de qualité de soins et de coûts économiques (144) (145) (146). La France débute timidement l'ouverture de ce parcours de soin (147) (148). Les résultats de l'expérimentation de cet accès direct au sein de la CPTS du confluent regroupant les bassins de Conflans et Saint Honorine (78700), sont en faveur d'un « Modèle vertueux, sûr, efficace, rentable et pouvant améliorer l'accès aux soins primaires » (148). Cependant, un travail de thèse met en évidence la réserve de certains soignants évoquant plus « un transfert » qu'un « partage » de compétences (149). Très vite les facteurs « délégations de tâches » « responsabilités » et « chronophage » semblent cristalliser les craintes des médecins généralistes sur la mise en place de l'accès direct dans le cadre des lombalgies (149).

Au sujet des CPTS, les professionnels démontrent également un intérêt pour leur développement. Ces structures territoriales sont vouées à renforcer une coordination des soins et de créer des parcours de soins pour le suivi de maladies chroniques (150)(151). Les avis restent également divergents avec des craintes soulignées telles que : « l'appréhension de mesures coercitives », « charge administrative débordante » ou encore le « caractère chronophage » (152).

5. Conclusion

D'ici 2050, on estime à 2 555 000 le nombre de nouveaux cas de lombalgie en Europe imputable à l'inactivité physique. Le maintien et la pratique de l'AP acquièrent une place centrale et indispensable dans la prise en charge des lombalgies communes. Confrontés aux freins et aux plaintes déclenchées par l'incitation à un mode de vie plus actif, les médecins généralistes font face à un vrai défi : la mise en mouvement du corps et de l'esprit du patient lombalgique au sein d'un environnement en mouvement et une société glissant vers la sédentarité.

Dans notre étude qui cherchait à faire un état des lieux des pratiques actuelles des médecins généralistes du Tarn et Garonne, 100% déclarent réaliser la promotion de l'AP chez leurs patients lombalgiques, 51% disent la prescrire et 19% informent organiser son suivi. Les médecins généralistes participants réalisent peu de stratification du risque des lombalgies. Ils favorisent l'accompagnement à la pratique de l'AP de leurs patients lombalgiques tardivement et principalement dans un contexte de chronicité. Nous constatons une grande hétérogénéité dans leurs pratiques en termes d'évaluation et de prescription d'AP chez les patients lombalgiques. Un mode oral peu codifié est préféré aux dépens des écrits et des critères objectifs propres à l'AP. La recherche d'une AP plaisante et d'intensité modérée est prédominante. Malgré une promotion systématique et un désir de réalisation important, la mise en place pratique de la prescription d'AP est un cap difficile à passer avec des freins bien identifiés tel que le manque de temps. Tandis que le kinésithérapeute occupe une place de choix dans la prise en charge des patients lombalgiques, l'offre de soin « sport- santé » et ses différents interlocuteurs restent méconnus.

L'exercice coordonné de la médecine est susceptible de faciliter la mise en place du suivi des patients lombalgiques et d'améliorer leurs prises en charge. La réorganisation de l'offre de soins « Sport-Santé » et le développement des CPTS semblent être prometteuses. Cependant l'incertitude des praticiens à leurs égards et des freins à leurs développements sur le terrain sont mis en avant.

L'extension des indications de la prescription de l'APA et la mise en place de référentiels d'aide à la prescription d'AP pour la thématique « lombalgie » par la HAS laissent espérer une augmentation de la promotion, de la prescription d'AP et de son suivi dans un contexte de lombalgie.

Suite au manque de recul de la mise en place de l'accès direct en France et l'utilisation des nouveaux dispositifs tels que les CPTS, l'avis des généralistes et leurs pratiques sont possiblement amenés à évoluer dans les prochaines années. Il serait pertinent de réaliser une étude sur les modalités de prises en charge d'un patient au sein d'un « parcours lombalgique » d'une CPTS. Constatons-nous une diminution de l'incidence et/ou du retentissement des lombalgies chroniques ?

Lu et Approuvé
Le 08 Juin 2023
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le 12/06/2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



6. Références bibliographiques

1. **Assurance maladie.** Le patient adulte atteint de lombalgie commune. Livret-Lombalgie. 2017 Octobre. Consulté le : mars 2, 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/livret-lombalgie_assurance-maladie.pdf
2. **Assurance maladie.** Santé travail : Enjeux & actions. 2017 Janvier. Consulté le : avril 24, 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2017-01_lombalgies-travail_enjeux-et-actions_assurance-maladie.pdf
3. **Collège de médecine générale.** Lombalgie en soins primaires Etude LESPRI Protocole de recherche. Mai 2018. Consulté le : avril 12, 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/Protocole-de-recherche-Lombalgie-en-soins-primaires-CMG-1.pdf>
4. **Plan Régional Santé Travail 3 Occitanie (2016-2020).** Focus sur la prévention de la désinsertion professionnelle. Consulté le : janvier 6, 2023. [En ligne]. Disponible sur : http://www.prst-occitanie.fr/_depot_arko/articles/771/diagnostic-re-769-gional-occitanie-focus-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle_doc.pdf
5. **Référentiel du SNDS.** Bénéficiaires inter-régimes, non décédés, résidents dans la région/Tarn et Garonne. Open Data | SNDS . France. Consulté le : mai 2, 2023. Disponible sur : <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Open-Data>
6. **Ministère Français des solidarités et de la santé.** Pacte de refondation des urgences. septembre 2019. Consulté le : novembre 6, 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
7. **Ministère Français des solidarités et de la santé.** Ma santé 2022. Un engagement collectif. Santé - Créer un collectif de soins au service des patient. Consulté le : novembre 6, 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf
8. **HAS.** Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune.2019 ; 178. Consulté le : mars 6, 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_rapport_lombalgie_2019_04_02.pdf
9. **Frediani F, Bussone G.** When does the brain choose pain? *Neurol Sci.* mai 2019;40(Suppl 1):27-9.
10. **Bailly F, Trouvin AP, Bercier S, Dadoun S, Deneuille JP, Faguer R, et al.** Recommandations et arbre décisionnel sur la prise en charge de la lombalgie avec ou sans radiculalgie. *Revue du Rhumatisme.* 1 juin 2022;89(4):345-53.
11. **Arnold E, La Barrie J, DaSilva L, Patti M, Goode A, Clewley D.** The Effect of Timing of Physical Therapy for Acute Low Back Pain on Health Services Utilization: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil.* juill 2019;100(7):1324-38.
12. **Bailly F.** Prévenir la chronicisation de douleurs rachidiennes. *Revue du Rhumatisme Monographies.* 2022;89(4):287-90.
13. **Henchoz Y.** Lombalgies non spécifiques : faut-il recommander l'exercice et les activités sportives ? *Rev Med Suisse.* 16 mars 2011;286(10):612-6.
14. **Nicolini C, Fahnstock M, Gibala MJ, Nelson AJ.** Understanding the Neurophysiological and Molecular Mechanisms of Exercise-Induced Neuroplasticity in Cortical and Descending Motor Pathways: Where Do We Stand? *Neuroscience.* 1 mars 2021;457:259-82.
15. **Costes F.** Effets physiologiques de l'activité physique. *Revue du Rhumatisme Monographies.* 2021;88(3):183-6.
16. **Ng JKF, Richardson CA, Kippers V, Parnianpour M.** Relationship Between Muscle Fiber Composition and Functional Capacity of Back Muscles in Healthy Subjects and Patients With Back Pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy.* juin 1998;27(6):389-402.
17. **Raj PP.** Intervertebral Disc: Anatomy-Physiology-Pathophysiology-Treatment. *Pain Practice.* 2008;8(1):18-44.
18. **Haseler C.** Promoting physical activity to patients. *BMJ* 2019;366:l5230
doi : <https://doi.org/10.1136/bmj.l5230>
19. **Anthierens A.** Réponses hémodynamiques et métaboliques des muscles paravertébraux à l'exercice : Influence de la lombalgie chronique et de la pratique d'activités physiques. France. 2019. Consulté le : avril 20, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://theses.hal.science/tel-02495348v2/document>
20. **Bruehl S, Burns JW, Koltyn K, Gupta R, Buvanendran A, Edwards D, et al.** Are endogenous opioid mechanisms involved in the effects of aerobic exercise training on chronic low back pain?: a randomized controlled trial. *Pain.* déc 2020;161(12):2887-97.
21. **Petersen AMW, Pedersen BK.** The role of IL-6 in mediating the anti-inflammatory effects of exercise. *J Physiol Pharmacol.* nov 2006;57 Suppl 10:43-51.
22. **Kim SK, Jung I, Kim JH.** Exercise Reduces C-reactive Protein and Improves Physical Function in Automotive Workers with Low Back Pain. *J Occup Rehabil.* 1 juin 2008;18(2):218-22.
23. **Storheim K, Brox JI, Holm I, Koller AK, Bø K.** Intensive group training versus cognitive intervention in sub-acute low back pain: short-term results of a single-blind randomized controlled trial. *J Rehabil Med.* 2003 May;35(3):132-40. doi: 10.1080/16501970310010484. PMID: 12809196

24. **Lobstein DD, Ismail AH, Rasmussen CL.** Beta-endorphin and components of emotionality discriminate between physically active and sedentary men. *Biological Psychiatry*. 1 mai 1989;26(1):3-14.
25. **Sokunbi O, Watt P, Moore A.** Changes in Plasma Concentration Of Serotonin In Response To Spinal Stabilisation Exercises In Chronic Low Back Pain Patient. *Nigerian Quarterly Journal of Hospital Medicine*. 2007;17(3):108-11.
26. **Laure P, Trépos JY.** Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. *Santé Publique*. 2006;18(4):573-84.
27. **Bloy G, Moussard Philippon L, Rigal L.** Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. *Santé Publique*. 2016;S1(HS):153.
28. **Abitteboul Y, Conort C, Bouscaren N, Rivière D.** Importance du mal au dos comme frein à la pratique des activités physiques et sportives. *Science & Sports*. 1 févr 2015;30(1):13-8.
29. **Chazelle E, Chan-Chee C, Fouquet N.** Incidence et évolution de la lombalgie selon la situation de travail pendant le confinement lié à l'épidémie de Covid-19, du 17 mars au 10 mai 2020, en France métropolitaine. *Bull Epidémiol Hebd*. 2020;(26):512-21. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/26/2020_26_1.html
30. **Bailly F, Genevay S, Foltz V, Bohm-Sigrand A, Zagala A, Nizard J, et al.** Effet du confinement sur l'intensité de la lombalgie chez des patients lombalgiques chroniques : étude CONFILOMB. *Revue du Rhumatisme*. 1 déc 2020;87:A75-6.
31. **Bazex J, Pène P, Rivière D.** Physical activities and sport; implications for health and society. *Bull. Acad. Natle Méd.* oct 2012;196(7):1429-42
32. **Journal officiel Français.** Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France (1). *Légifrance*. 2022-296 mars 2, 2022. Consulté le : mars 15, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2022/3/2/MENX2105502L/jo/texte>
33. **Arnault DF.** Atlas de la démographie médicale. Conseil National de l'Ordre des médecins. 2022. Consulté le : février 13, 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
34. **HAS.** Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Avril 2013. Consulté le : janvier 15, 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
35. **Bouton C, Leroy O, Huez JF, Bellanger W, Ramond-Roquin A.** Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Santé Publique*. 24 mars 2015;27(1):59-67.
36. **Nicolas F.** Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaire en médecine générale, en région Haute-Normandie. France. 2014. Consulté le : février 7, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01109998v1/document>
37. **Jarno-Josse A, Bail P.** Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage ambulatoires. *exercer* 2011;98:141-2.
38. **McKenna J, Naylor PJ, McDowell N.** Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *Br J Sports Med*. sept 1998;32(3):242-7.
39. **Santé Publique France.** Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence 2017. Consulté le : janvier 10, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-corpulence>
40. **Christen A.** Évaluation du risque de passage à la chronicité des patients lombalgiques : étude pilote pour la validation d'un indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies : 83. France. 2017. Consulté le : mars 10, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01448018/document>
41. **Allen et Heyrman.** La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA Europe. 2002 Consulté le : mai 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
42. **ANSES.** Manque d'activité physique et excès de sédentarité : une priorité de santé publique. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2022 Consulté le : mai 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/manque-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-exc%C3%A8s-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-une-priorit%C3%A9-de-sant%C3%A9-publique>
43. **Begon M, Navez M, Cathebras P.** Représentations et attentes des patients et médecins dans une consultation anti-douleur au CHU de Saint-Étienne. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 1 avr 2005;6(2):63-71.
44. **Mbarga J, Pichonnaz C, Foley RA, Ancy C.** Lombalgie chronique : du diagnostic médical incertain aux étiologies profanes. *Revue Médicale Suisse*. 2018;14(603):850-3.

- 45. Trudel P, Cormier S.** L'intolérance à l'incertitude dans le contexte de la douleur chronique. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement.* 1 avr 2022;23(2):66-74.
- 46. Williams CM, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, McLachlan AJ, Britt H, et al.** Low Back Pain and Best Practice Care: A Survey of General Practice Physicians. *Arch Intern Med.* 8 févr 2010;170(3):271-7.
- 47. Kongsted A, Kent P, Axen I, Downie AS, Dunn KM.** What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? *BMC Musculoskelet Disord.* 21 mai 2016;17:220.
- 48.** La stratification par niveau de risque permet de meilleurs résultats sur la lombalgie et un impact économique favorable comparée aux pratiques actuelles de kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue.* 2016;16(169):42-3.
- 49. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al.** Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet.* 29 oct 2011;378(9802):1560-71.
- 50. Hayden JA, Dunn KM, van der Windt DA, Shaw WS.** What is the prognosis of back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol.* avr 2010;24(2):167-79.
- 51. Richard MR.** Analyse des difficultés de la prise en charge des patients lombalgiques pour les médecins généralistes de Picardie. France. 2017. Consulté le : avril 15, 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01510713>
- 52. Bouton C, Roche G, Roquelaure Y, Legrand E, Penneau-Fontbonne D, Dubus V, et al.** Management of low back pain in primary care prior to multidisciplinary functional restoration: A retrospective study of 72 patients. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique.* nov 2008;51(8):650-62.
- 53. Råber C.** Les procédures diagnostiques, thérapeutiques, préventives et administratives réalisées ou prescrites par le médecin généraliste pour les patients de 18 à 65 ans consultant pour lombalgie. France. 2014. Consulté le : avril 3, 2022. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20107099/2015MDUGY3245/fichier/3245F.pdf>
- 54. Peurois M, Bouton C, Bègue C, Fouquet N, Adjero N, Raber C, et al.** Influence of low back pain characteristics on the healthcare procedures prescribed by general practitioners for adult patients: ancillary analysis of the French ECOGEN study. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 juin 2022;70(3):133-9.
- 55. Tavares I.** Évaluation de l'acceptabilité d'un outil d'aide à la prise en charge dans la lombalgie commune chez les médecins généralistes : le questionnaire STarT Back. 2017. Consulté le : avril 8, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <http://mediatheque.larhumatologie.fr/mediatheque/media.aspx?mediaId=41103&channel=5730>
- 56. Verdier J.** Impact des recommandations HAS 2019 et place de la médecine physique et de réadaptation dans la prise en charge en soins primaires des patients présentant une lombalgie commune aiguë à haut risque de passage à la chronicité. France. 2020. Consulté le : avril 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02976251/document>
- 57. Falconnet L, Szymanski N.** L'approche des patients à risque de lombalgie chronique par les médecins généralistes: étude qualitative de 13 médecins généralistes. 2021;147.
- 58. Lheureux A, Nonclercq O, Mathias JL, Korogod N, Opsommer E, Berquin A.** Comment évaluer le risque de chronicisation d'une lombalgie ? *Louvain Med* 2019; 138 (6): 336-343
- 59. Krim F, Perwez T, Gignon M, Bréchat PH, Leprêtre PM.** Prescription de l'activité physique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes Picards. *Science & Sports.* 1 févr 2022;37(1):37-44.
- 60. Bull FC, Schipper EC, Jamrozik K, Blanksby BA.** Beliefs and behaviour of general practitioners regarding promotion of physical activity. *Aust J Public Health.* juin 1995;19(3):300-4.
- 61. Rivière D.** Le concept de prescription de l'activité physique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* avr 2017;201(4-6):869-78.
- 62. HAS.** Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité. 2022. Consulté le : septembre 8, 2022. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/guide_connaissance_ap_sedentarite_vf.pdf
- 63. OMS.** Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021. Consulté le : avril 8, 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/m/item/global-physical-activity-questionnaire>
- 64. Huray.** Évaluation de la lutte contre la sédentarité en médecine générale : étude descriptive transversale des pratiques des médecins généralistes de la Seine-Maritime et de l'Eure. France. 2019. Consulté le : mai 23, 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02139558/document>
- 65. Bardin E et Savouret-Greff J.** Promouvoir l'activité physique en prévention primaire : les représentations des patients inactifs et sédentaires. France. 2020. Consulté le : mai 18, 2022. [En ligne]. Disponible sur : <http://thesante.ups-tlse.fr/3163/1/2020TOU31036-1037.pdf>

- 66. Bailly F, Foltz V.** Évolution des recommandations nationales et internationales pour la prise en charge de la lombalgie. : 4. Actualités en Médecine Physique et de Réadaptation - 01-02 - janvier - juin 2020. Consulté le : novembre 20, 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://cdn.edimark.fr/legacy/posts/post-pdf/29266.pdf>
- 67. Tomasella M, Kaux JF.** Lombalgie et sport. Journal de Traumatologie du Sport. 1 mars 2022;39(1):1-3.
- 68. Ribaud A, Tavares I, Viollet E, Julia M, Hérisson C, Dupeyron A.** Which physical activities and sports can be recommended to chronic low back pain patients after rehabilitation? Ann Phys Rehabil Med. oct 2013;56(7-8):576-94.
- 69. Huet M.** La promotion de l'activité physique en médecine générale. Étude qualitative sur les représentations et les pratiques de médecins généralistes de l'île de La Réunion. France. 2020. Consulté le : mars 28, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03043593>
- 70. Gruson G.** L'activité physique comme stratégie thérapeutique du patient lombalgique chronique : quelles pratiques ? Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2019. Consulté le : février 25, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:19866>
- 71. Ballay N, Connan L, Leclair I, Houvet M, Roirand H, Bruneau A.** Etat des lieux de la prescription de l'Activité Physique par les Médecins Généralistes du Maine-et-Loire. France. 2014. Consulté le : février 5, 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096573/2014MCEM3279/fichier/3279F.pdf>
- 72. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.** Lombalgie. Facteurs de risques - Risques - INRS. Consulté le : avril 2, 2023 [En ligne] Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/facteurs-risques.html>
- 73. Petrella RJ, Lattanzio CN, Overend TJ.** Physical activity counseling and prescription among canadian primary care physicians. Arch Intern Med. 10 sept 2007;167(16):1774-81.
- 74. Williford HN, Barfield BR, Lazenby RB, Olson MS.** A survey of physicians' attitudes and practices related to exercise promotion. Preventive Medicine. 1 sept 1992;21(5):630-6.
- 75. Dupays S et al.** Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé. Mars 2018. Consulté le : novembre 5, 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-126R_.pdf
- 76. Rucar B, Bacquaert P.** Sport santé sur ordonnance: analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en ALD chez des médecins généralistes ayant réalisés une formation à cette prescription. 2018-2021, France; 2018.
- 77. Lecarpentier P.** Activité physique pour la santé: état des lieux de la prescription par les médecins généralistes du Pays Basque depuis la loi de modernisation du système de santé. :109. France. 2020. Consulté le : juin 8, 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02513321>
- 78. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P.** Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. Science & Sports. 1 avr 2015;30(2):66-73.
- 79. Walsh JM, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ.** Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. Am J Prev Med. mai 1999;16(4):307-13.
- 80. Richards J, Thorogood M, Hillsdon M, Foster C.** Face-to-face versus remote and web 2.0 interventions for promoting physical activity. Cochrane Database Syst Rev. 1 oct 2013;2013(9):CD010393.
- 81. Hamlin MJ, Yule E, Elliot CA, Stoner L, Kathiravel Y.** Long-term effectiveness of the New Zealand Green Prescription primary health care exercise initiative. Public Health. 1 nov 2016;140:102-8.
- 82. Fellague Chebra A.** Médecine générale et activité physique : Quels sont les besoins à la prescription ? France. 2016. Consulté le : avril 12, 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:358656&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A1248&file=2016_FellagueChebra_Adderrahim.pdf
- 83. de Larquier D.** Analyse qualitative des déterminants de l'évolution de la prescription en activité physique adaptée par les médecins généralistes à la suite de la mise en place du dispositif Bougez sur ordonnance® en Occitanie. France. 2021. Consulté le : avril 10, 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03153655>
- 84. Jouanjean M.** Vécu des patients participant au dispositif « bougez sur ordonnance » : facteurs influençant leur adhésion et leur observance. France. 2020. Consulté le : avril 8, 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02974113>
- 85. Santé Publique France.** Prescription d'activité physique par les médecins : freins et leviers. Mars 1, 2023. Consulté le : septembre 5, 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prescription-d-activite-physique-par-les-medecins-freins-et-leviers>

- 86. Croquin M, Galudec PM, Magot L, Cugerone A.** La prescription d'activité physique adaptée chez les adultes atteints de pathologies chroniques par les médecins généralistes, en France et à l'étranger : étude des freins et leviers. Une revue systématique de la littérature. *Science & Sports*. Consulté le : avril 3, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S076515972300045X>
- 87. Anis J.** Analyse des freins à la prescription des activités physiques chez les médecins généralistes picards. France. 11 Février 2016. Consulté le : avril 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01272842>
- 88. Kennedy MF, Meeuwisse WH.** Exercise counselling by family physicians in Canada. *Prev Med*. sept 2003;37(3):226-32.
- 89. Hébert ET, Caughy MO, Shuval K.** Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med*. juill 2012;46(9):625-31.
- 90. Pellegrin N.** Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin. France 2014. Consulté le : mai 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://om2s-hdf.com/wp-content/uploads/these-2014-pellegrin-aide-a-la-prescription-activite-physique-enquete-lens-henin.pdf>
- 91. HAS.** Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. 2022;79. Consulté le : septembre 5, 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf
- 92. Gomichon J.** Étude de l'observance de la prescription par le médecin généraliste d'une activité physique régulière pendant 6 mois, pour des patientes inactives de 50 à 60 ans du cabinet médical de Monein (64). France. 2019. Consulté le : mars 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02025665>
- 93. Jasmin K.** Activité physique et précarité: étude qualitative auprès des médecins généralistes exerçant dans les quartiers prioritaires de la ville de Montpellier. France. 2021. Consulté le : avril 7, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03124244>
- 94. Shambhu P A, Jarugool T, Rubee D, Emily E, Nistha S, Cheryl K.** FITT-CORRECT: Updated dynamic and evidence-based principle of exercise prescription. *J Nov Physiother Rehabil*. 15 févr 2021;5(1):005-9.
- 95. Petit A, Champagne R.** Activité physique et réentraînement à l'effort chez les patients lombalgiques. *Revue du Rhumatisme Monographies*. 1 juin 2021;88(3):225-30.
- 96. Heneweer H et al.** Physical activity and low back pain: a U-shaped relation? *PAIN*. May 2009;143(1):21-25. DOI : 10.1016/j.pain.2008.12.033
- 97. Schneider S, Schmitt H, Zoller S, Schiltenswolf M.** Workplace stress, lifestyle and social factors as correlates of back pain: a representative study of the German working population. *Int Arch Occup Environ Health*. 1 mai 2005;78(4):253-69.
- 98. Heneweer H, Staes F, Aufdemkampe G, van Rijn M, Vanhees L.** Physical activity and low back pain: a systematic review of recent literature. *Eur Spine J*. juin 2011;20(6):826-45.
- 99. Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW.** Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD000335. DOI: 10.1002/14651858.CD000335.pub2. Consulté le : mars 3, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000335.pub2/full>
- 100. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al.** What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 9 juin 2018;391(10137):2356-67.
- 101. Ali S, Sajjad AG, Keramat KU, Darian H.** Chronic Low Back Pain : Effects of the lumbar stabilization exercises on pain, range of motion and functional disability in the management. *The Professional Medical Journal*. 6 avr 2017;24(04):526-33.
- 102. Wambeke PV, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, et al.** Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires ; 41 . Consulté le : avril 4, 2023 [En ligne]. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_287B_Douleurs_lombaires_et_radiculaires_Resume1.pdf
- 103. Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pfingsten M, Gabriele Schorr S.** Non-Specific Low Back Pain. *Dtsch Arztebl Int*. déc 2017;114(51-52):883-90.
- 104. Lambert Y.** Mal de dos : encore de nombreux paradoxes. *Journal de Traumatologie du Sport*. Dec 2020;37(4): 181-182. Consulté le : mai 4, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jts.2020.10.001>
- 105. Walch G.** Etat des lieux sur les thérapeutiques non médicamenteuses proposées par les Médecins généralistes d'Alsace à leurs patients souffrant de lombalgie chronique. France. 2019. Consulté le : juin 3, 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_WALCH_Gael.pdf
- 106. Sichere P.** La lombalgie autrement en 2022 : questions posées au Docteur Florian Bailly. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*. 1 avr 2022;23(2):97-101.

- 107. Ginier-Gillet M, Douillard C, Gaudin P.** Lomalgies non spécifiques et manipulations vertébrales (lato sensu) : revue critique de la littérature. *Rhum.* 2019.11;87:e187-193. Consulté le : mars 2, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2019.11.016>
- 108. Nguyen C, Boutron I, Zegarra-Parodi R, Baron G, Alami S, Sanchez K, et al.** Effect of Osteopathic Manipulative Treatment vs Sham Treatment on Activity Limitations in Patients With Nonspecific Subacute and Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 mai 2021;181(5):620.
- 109. Ministères Français des affaires sociales et de la santé.** Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée. 2017. Consulté le : avril 25, 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cir_activite_physique_adaptee.pdf
- 110. Rivière D.** Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés. Rapport. Dec 2013 . Consulté le : mars 25, 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/144000035.pdf
- 111. Collé J.** Le conseil en activité physique en soin primaire : Etude descriptive de la pratique des médecins généralistes d'Ile de France. Paris: Université Paris Diderot-Paris 7; 2014. Consulté le : mars 20, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.sudoc.fr/184003083>
- 112. Glasgow RE, Eakin EG, Fisher EB, Bacak SJ, Brownson RC.** Physician advice and support for physical activity: Results from a national survey. *American Journal of Preventive Medicine.* 1 oct 2001;21(3):189-96.
- 113. Bauduer F, Vanz E, Guillet N, Maurice S.** La prescription d'activité physique par le médecin traitant : l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé. *Santé Publique.* 2018;30(3):313-20.
- 114. Cancio Pastor H.** Mesure de l'impact à un an de la prescription d'activité physique sur la morbi-mortalité de patients atteints de pathologies chroniques inscrits dans le dispositif "Sport sur ordonnance" de Blagnac entre novembre 2013 et novembre 2016. France. 2017. Consulté le : février 8, 2023. [En ligne]. Disponible sur <http://thesesante.ups-tlse.fr/1789/1/2017TOU31039.pdf>
- 115. Kaici J, Verdet M, Vittecoq O, Lequerré T, Gehanno JF.** Efficacité d'un programme d'exercices dans la prévention des lomalgies communes et de leur impact professionnel au sein du personnel hospitalier. *Revue du Rhumatisme.* 1 déc 2020;87:A75.
- 116. Weber A, Herzog F, Lecocq J, Feltz A, Pradignac A.** P057: « Sport-Santé sur ordonnance ». Évaluation du dispositif strasbourgeois. *Nutrition Clinique et Métabolisme.* 1 déc 2014;28:S97-8.
- 117. Coudeyre E, Lechauve JB, Plan-Paquet A, Sirot J, Coste N.** Place des applications pour smartphone dans la prise en charge de la lombalgie commune. *Actualités en Médecine Physique et de Réadaptation - 01-02 - janvier - juin 2020.* Consulté le : novembre 20, 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://cdn.edimark.fr/legacy/posts/post-pdf/29270.pdf>
- 118. Gaillard O et Dehainault M.** Activité physique dans la lombalgie : Pratique des médecins généralistes et place des applications mobiles. Une étude qualitative auprès des médecins généralistes de Maine et Loire, Sarthe et Mayenne. France. 2021. Consulté le : décembre 8, 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20110393/2021MCEM14556/fichier/14556F.pdf>
- 119. Winzenberg T, Reid P, Shaw K.** Assessing physical activity in general practice: a disconnect between clinical practice and public health? *Br J Gen Pract.* nov 2009;59(568):e359-367.
- 120. Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS.** Physician counseling about exercise. *JAMA.* 27 oct 1999;282(16):1583-8.
- 121. Dorange A.** Evaluation qualitative de la prescription de l'activité physique régulière en soins primaires aux patients présentant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire. France. 2013. Consulté le : février 4, 2023. [En ligne]. Disponible sur : [Internet]. [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/17278848X>.
- 122. Venouil L.** Activité physique et Lombalgie : Intérêt d'une information ciblée lors d'une consultation de médecine générale. France. 2016. Consulté le : janvier 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:358427&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A1125&file=2016_Venouil_Loic.pdf
- 123. Davergne T, Foltz V, Bailly F, Gossec L.** Freins et croyances en rhumatologie dans la pratique de l'activité physique. *Revue du Rhumatisme Monographies.* 1 juin 2021;88(3):231-6.
- 124. Boutevillain L, Dupeyron A, Rouch C, Richard E, Coudeyre E.** Facilitators and barriers to physical activity in people with chronic low back pain: A qualitative study. *Jepson R, éditeur. PLoS ONE.* 25 juil 2017;12(7):e0179826.
- 125. Coudeyre E, Richard E, Eschalier B, Dupeyron A.** Étude qualitative des freins à la pratique d'une activité physique régulière pour les patients lombalgiques chroniques. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine.* 1 oct 2013;56:e308-9.
- 126. Vlaeyen JWS, Crombez G, Linton SJ.** The fear-avoidance model of pain. *PAIN.* août 2016;157(8):1588.
- 127. Fouquet B, Beaudreuil J.** Approche multidisciplinaire de la lombalgie chronique. *Actualités en Médecine Physique et de Réadaptation.* 01- 02 -janvier -juin 2020. Consulté le : janvier 8, 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://cdn.edimark.fr/legacy/posts/post-pdf/29268.pdf>

- 128. Bailly F, Foltz V, Rozenberg S, Fautrel B, Gossec L.** Les répercussions de la lombalgie chronique sont en partie liées à la perte du rôle social : une étude qualitative. *Revue du Rhumatisme*. déc 2015;82(6):396-401.
- 129. Osborn M, Smith JA.** Living with a body separate from the self. The experience of the body in chronic benign low back pain: An interpretative phenomenological analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2006;20:216-22.
- 130. Slater D, Korakakis V, O’Sullivan P, Nolan D, O’Sullivan K.** “Sit Up Straight”: Time to Re-evaluate. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. août 2019;49(8):562-4.
- 131. Smith BE, Hendrick P, Bateman M, Holden S, Littlewood C, Smith TO, et al.** Musculoskeletal pain and exercise—challenging existing paradigms and introducing new. *Br J Sports Med*. juill 2019;53(14):907-12.
- 132. Crouette P, Müller J et al.** Baromètre national des pratiques sportives 2020. Injep notes et rapports. Février 2021. Consulté le : février 8, 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/278813.pdf
- 133. Ronzi Y, Roche-Leboucher G, Bègue C, Dubus V, Bontoux L, Roquelaure Y, et al.** Efficiency of three treatment strategies on occupational and quality of life impairments for chronic low back pain patients: is the multidisciplinary approach the key feature to success? *Clin Rehabil*. oct 2017;31(10):1364-73.
- 134. Henchoz Y, Kai-Lik So A.** Exercise and nonspecific low back pain: A literature review. *Joint Bone Spine*. 1 oct 2008;75(5):533-9.
- 135. Huang R, et al.** Exercise alone and exercise combined with education both prevent episodes of low back pain and related absenteeism: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) aimed at preventing back pain. *Br J Sports Med* 2020;54:766–770. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-100035>
- 136. OMS.** Conseil exécutif 142. Plan d’action mondial de l’OMS pour promouvoir l’activité physique 2018-2030 : projet de résolution proposé par l’Équateur, la France, l’Indonésie, Israël, le Kenya, le Luxembourg, le Panama, les Philippines, le Portugal et la Thaïlande . Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 .Consulté le : avril 8, 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274469>
- 137. Commission européenne.** Sport and physical activity - Eurobarometer survey. septembre 2022. Consulté le : avril 8, 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2668>
- 138. Ministère Français des solidarités et de la santé.** Bilan à mi-parcours du Programme National Nutrition Santé 2019-2023. France. 2021. Consulté le : avril 7, 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns_4_bilan_mai2021.pdf
- 139. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT.** Impact of Physical Inactivity on the World’s Major Non-Communicable Diseases. *Lancet*. 21 juill 2012;380(9838):219-29.
- 140. OMS.** Rapport mondial de situation sur l'activité physique 2022. Genève: Organisation mondiale de la Santé; Octobre 2022 .Consulté le : avril 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2022/11/Rapport-Mondial-OMS-stiatuion-activite-physique-fr-oct-2022.pdf>
- 141. INSEE.** Dossier complet – Département du Tarn-et-Garonne (82) | France. 2023. Consulté le : avril 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-82>
- 142. effORMip.** La santé par l’effort et la forme en Midi-Pyrénées. France. Consulté le : mai 24, 2022 [En ligne]. Disponible sur: <http://www.iformip.fr/>
- 143. Journal officiel Français.** Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l’autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d’une structure pluri-professionnelle » - Légifrance . 2020. Consulté le : avril 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697989>
- 144. Demont A, Quentin J, Bourmaud A.** Impact des modèles de soins intégrant l’accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d’urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : revue de la littérature. *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 sept 2020;68(5):306-13.
- 145. Piano L, Maselli F, Viceconti A, Gianola S, Ciuro A.** Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review. *J Phys Ther Sci*. août 2017;29(8):1463-71.
- 146. Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE.** Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Phys Ther*. janv 2014;94(1):14-30.
- 147. Berland Y.** Coopération des professions de santé : Le transfert de tâches et de compétences. France. 2003. Consulté le : mai 6, 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/034000619.pdf
- 148. Bastide N, Nouvel L.** L’accès direct aux soins de masso-kinésithérapie. Partie 2 : vers un nécessaire changement de paradigme de la prescription médicale. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 avr 2022;22(244):33-9.

- 149. Derrieu P.** Évaluation de la collaboration interprofessionnelle entre Médecins Généralistes et Kinésithérapeutes. France. 2022. Consulté le : mai 10, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03711694>
- 150. Audebert J.** Favoriser l'accès aux soins grâce aux CPTS: l'exemple de la CPTS Drac Rive Gauche. France. 2023. Consulté le : mai 14, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04087753>
- 151. Julien A.** Mise en place d'un parcours de soins des patients insuffisants cardiaques au sein de la CPTS Vésubie Tinée: évaluation des difficultés et des attentes des professionnels de santé. France. 2023. Consulté le : avril 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04013112>
- 152. Touihari Y.** Etat des lieux du niveau de connaissance des professionnels de santé de l'ex Midi-Pyrénées concernant les CPTS. France. 2022. Consulté le : avril 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/4084/1/2022TOU31136.pdf>
- 153. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM.** Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985;100(2):126-31.
- 154. Barisic A, Leatherdale ST, Kreiger N.** Importance of Frequency, Intensity, Time and Type (FITT) in Physical Activity Assessment for Epidemiological Research. *Can J Public Health.* mai 2011;102(3):174-5.
- 155. Adhikari SP, Tretriluxana J, Dev R, Eglitis E, Shrestha N, Kerfeld C.** FITT-CORRECT: Updated dynamic and evidence-based principle of exercise prescription. *Journal of Novel Physiotherapy and Rehabilitation.* 15 févr 2021;5(1):005-9.
- 156. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.** Actualisation des repères du PNNS- Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Avis de l'ANSES. Février 2016. Consulté le : mai 21, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
- 157. Journal officiel Français.** Article D1172-1 - Code de la santé publique - Légifrance. Consulté le : mai 21, 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033826292
- 158. Assurance maladie.** Qu'est-ce que le dispositif appelé Affection Longue Durée (ALD) / Affection Longue Durée (ALD). Consulté le : mai 21, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/tarn-et-garonne/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>
- 159. Agence régionale de santé.** Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé? Agence régionale de santé Occitanie | Occitanie. Consulté le : mai 22, 2023 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/>
- 160. OMS.** Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité: en un coup d'œil France. ISBN: 9789240014862. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020. Consulté le : mai 24, 2023. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240014886>
- 161. Assurance maladie.** Programme de sensibilisation sur la lombalgie. 2017 Consulté le : mai 10, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2017-11-16-dp-campagne-lombalgie.pdf>
- 162. Perrin C.** Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. *Santé Publique.* 2016;S1(HS):141-51.
- 163. HAS.** L'activité physique : votre meilleure alliée santé. 2022 . Consulté le : mai 4, 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://has-sante.fr/jcms/p_3385126/fr/l-activite-physique-votre-meilleure-alliee-sante
- 164. Santé Publique France.** Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'Anses de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité. Actualisation des repères du PNNS. 2017. Consulté le : mai 2, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/synthese-pour-les-professionnels-des-recommandations-de-l-anses-de-fevrier-2016-sur-l-activite-physique-et-la-sedentarite.-actualisation-des-repere>
- 165. Ministère Français des solidarités et de la santé.** Les bienfaits du sport Consulté le : mai 5, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.sports.gouv.fr/les-bienfaits-du-sport-25>
- 166. Fédération Française de Cardiologie.** Les 10 règles d'or du sportif. 2016. Consulté le : mai 10, 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://fedecardio.org/je-m-informe/les-10-regles-d-or-du-sportif/>
- 167. HAS.** Comment augmenter votre activité physique ? Consulté le : mai 18, 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/infographie_activite_physique.pdf
- 168. Charles M, Larras B, Bigot J et Praznocy C.** L'activité physique sur prescription en France : Etat des lieux en 2019. Consulté le : mai 19, 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://onaps.fr/wp-content/uploads/2021/05/Onaps_Sport-sur-ordonnance_Rapport_vf.pdf
- 169. Ville de Montauban.** Flyer "Bougez sur ordonnance". 2020. Consulté le : mai 24, 2022 [En ligne]. Disponible sur : https://www.montauban.com/fileadmin/ARBORESCENCE/03_Culture_Loisirs/Sport/flyer_bougez_2020.pdf

Annexes

Annexe I : Questionnaire version écrite

Thèse de Médecine Générale :
« Promotion et prescription d'activité physique chez les patients lombalgiques : enquête de pratique des médecins généralistes du Tarn et Garonne en 2022 »

Chère consœur, cher confrère,

Je suis actuellement interne en 4^{ème} semestre de médecine générale à Montauban et j'entame mon travail de thèse, sous la direction du Dr MALVEZIN MARQUIS, médecin généraliste exerçant dans le Tarn et Garonne (82).

Les lombalgies communes sont un véritable enjeu de santé publique tant sur le versant épidémiologique que socio-économique. L'assurance maladie estime que le mal de dos touchera 4 personnes sur 5 au cours de leur vie. Le retentissement sur la qualité de vie, les possibles récurrences et les processus de chronicisation de ces dernières contrastent avec leurs caractères bénins.

On note un changement récent de paradigme dans la prise en charge des lombalgies communes, comme le témoigne la dernière campagne de l'assurance maladie « Mal de dos, le bon traitement c'est le mouvement ».

Ainsi au travers de cette thèse, l'objectif principal est d'établir un état des lieux des pratiques des médecins généralistes du Tarn et Garonne, concernant la promotion et l'accompagnement à la pratique de l'activité physique chez les patients souffrants de lombalgies communes.

J'ai choisi de me focaliser sur le département du Tarn et Garonne pour de multiples raisons :

- D'une part, car les différents réseaux de soins « sport-santé » sont très hétérogènes, avec de grandes disparités selon les territoires géographiques.
- D'autre part, parce qu'il s'agit du département dans lequel je souhaiterais exercer.

Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, qui de plus resteront anonymes.

Je vous remercie de votre participation et du temps que vous pourrez consacrer à ce travail.

A la fin de l'étude, vous aurez la possibilité d'être informé des résultats globaux en me contactant à l'adresse : pierre.seux@univ-tlse3.fr;

SEUX Pierre
Interne en Médecine générale



Quelques éléments pour mieux vous connaître

- Vous êtes : Homme Femme
- Dans quelle **tranche d'âge** vous situez vous ?
 25-34 ans 35-44 ans 45-54 ans 54-65 ans 65 ans et plus
- Au quotidien, considérez vous être **physiquement actif** ? Oui Non
- Etes-vous **maître de stage universitaire** ?
 Oui (*Plusieurs réponses possibles*)
 En Praticien de niveau 1
 En Santé de la femme, santé de l'enfant
 En SASPAS
 Non
- Quel est votre **lieu d'exercice** ? Urbain Semi-rural Rural
- Quel est votre **mode d'exercice** ? (*Plusieurs réponses possibles*)
 Libéral Individuel
 Salarié En groupe
 Mixte
 Adhésion à un réseau de soins (Plusieurs réponses possibles)
 En collaboration avec une infirmière ASALEE
 En équipe de soins primaires
 En maison de santé
 Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)
 Réseau Sport- Santé
 Partenaire du réseau EFFORMIP
 Partenaire du dispositif "Bougez sur ordonnance"
 Autre (précisez) :
- Avez-vous été **formé** au cours de votre cursus médical à la **prescription d'activité physique adaptée** ou à l'**auto-rééducation** ?
 Oui Non
- Avez-vous connaissance de **structure dans le Tarn et Garonne** proposant de l'activité physique adaptée aux patients atteints de lombalgies ?
 Oui Non
- Disposez-vous de **formations complémentaires** en lien avec les thématiques "lombalgie" et/ou "activité physique" ?
 Oui Non
- Si oui lesquelles ? (*Plusieurs réponses possibles*)
 - Diplôme universitaire
 D'activité physique adaptée
 De traumatologie du sport
 De manipulation vertébrale / Ostéopathie
 Autre : Formation spécialisée transversale : Médecine du sport
 Formation spécialisée transversale : Douleur
 Formation continue
 Aucune

Lombalgie commune en consultation

- Sur une semaine, en moyenne, combien de patients recevez-vous pour une lombalgie commune ?

Entre 0 et 5

Entre 5 et 10

Plus de 10

- Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction concernant votre prise en charge de la lombalgie ?

Poussée aiguë de lombalgie commune	Lombalgie commune chronique
--	---

Non pas du tout Oui tout à fait

- En cas de manque de temps, quelle partie de la consultation sera selon vous la plus impactée ?

Poussée aiguë de lombalgie commune	Lombalgie commune chronique
<input type="checkbox"/> Interrogatoire <input type="checkbox"/> Examen clinique <input type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Prévention et Conseils	<input type="checkbox"/> Interrogatoire <input type="checkbox"/> Examen clinique <input type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Prévention et Conseils

- Interrogez-vous vos patients lombalgiques sur :

- Leur **qualité de vie** Oui Non
- Leur **estime** de soi Oui Non
- Leurs conditions de **travail** Oui Non
- Les **représentations** qu'ils ont de leur mal de dos Oui Non
- Le **retentissement de leur lombalgie sur leur état émotionnel** Oui Non
- La présence de **trouble du sommeil** Oui Non
- La présence de **stratégies d'adaptation à la douleur** dans leur quotidien Oui Non
- Leurs **appréhensions ou peurs** à la réalisation des **mouvements** Oui Non
- Leur **perception de l'effort physique** Oui Non

- Avez-vous recours à des questionnaires standardisés lors de vos interrogatoires ? Oui Non

- Etablissez-vous une stratification du risque de chronicité chez vos patients lombalgiques ? Oui Non

- Évaluez-vous le niveau d'activité physique de vos patients lombalgiques ?

Avant leur lombalgie	Poussée aiguë de lombalgie commune	Lombalgie commune chronique
<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Systématiquement

• Si oui, quels outils utilisez-vous ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Interrogatoire oral | <input type="checkbox"/> Journal d'auto-recueil par le patient |
| <input type="checkbox"/> Questionnaires standardisés d'évaluation | <input type="checkbox"/> Podomètre |
| <input type="checkbox"/> Remise d'auto-questionnaire | <input type="checkbox"/> Montre connectée |
| <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Applications Smartphones |

- Évaluez-vous le niveau de sédentarité de vos patients lombalgiques ?

Avant leur lombalgie	Poussée aiguë de lombalgie commune	Lombalgie commune chronique
<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Systématiquement

- Évaluez-vous la condition physique de vos patients lombalgiques au cabinet ?

Oui Non

- Si oui, de quelle façon ?

IMC Estimation des aptitudes musculaires
 Périmètre abdominal Estimation de la souplesse
 Estimation de la capacité cardiorespiratoire par le test de marche de 6 min Estimation de l'équilibre
 Autre :

Promotion d'activité physique chez le patient lombalgique

- Disposez-vous dans votre cabinet des affiches de prévention sur les thématiques : "Promotion de l'activité physique" ou "Lombalgie" ?

Oui Non

- Vos patients souffrant de lombalgie abordent-ils spontanément la thématique de l'activité physique ?

Poussée aiguë de lombalgie commune	Lombalgie commune chronique
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

- Préconisez -vous la pratique d'activité physique chez vos patients lombalgiques ? Oui Non

- Si oui : dans quels champs réalisez-vous vos recommandations ?

Catégories d'activités physiques	Poussée aiguë de lombalgie commune	Lombalgie commune chronique
Professionnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Domestiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Transports	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Loisir non structuré	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Exercice physique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sport	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- Si oui, pour quelles raisons proposez-vous à vos patients lombalgiques d'adopter un mode de vie plus actif ? (Plusieurs réponses possibles)

Bénéfice pour la **lombalgie** spécifiquement Bénéfice pour le bien-être **physique**
 Bénéfice pour le bien être **psychique** Pour une **autre** raison (Veuillez spécifier) :

- Recherchez-vous, les freins et les leviers existants chez vos patients lombalgiques, à l'instauration d'un mode de vie plus actif et moins sédentaire ?

- **Poussée aiguë de lombalgie commune**
 Jamais Occasionnellement Souvent Systématiquement
- **Lombalgie commune chronique**
 Jamais Occasionnellement Souvent Systématiquement

- Rencontrez-vous des difficultés à aborder le sujet de l'activité physique et à la promouvoir chez le patient lombalgique ?

- En cas de **poussée aiguë de lombalgie** ? Oui Non
- En cas de **lombalgie chronique** ? Oui Non

- Délivrez-vous des **conseils** pour une **reprise progressive et sécurisée** d'une activité physique dans un contexte de lombalgie commune (dont les « 10 réflexes en or pour préserver sa santé dans le sport ») ?

- Oui Non

- Délivrez-vous des **conseils de respiration** à vos patients lombalgiques lors de la prescription d'activité physique ?

- Oui Non

- Lors de la prescription, prévenez-vous des possibles **effets indésirables liés à la pratique** de l'activité physique ?

- Oui Non

En cas de réponse "NON" à la 1ère question, veuillez répondre aux **questions suivantes** ci-dessous :

- **Orientez-vous** vos patients lombalgiques vers un **professionnel de santé spécialisé dans le mouvement** ?

- Oui Non

• Si oui lesquels ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Psychomotricien <input type="checkbox"/> Educateur spécialisé en APA - Médecin : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Du sport <input type="checkbox"/> Ostéopathe <input type="checkbox"/> Spécialisé en rééducation | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maison sport santé <input type="checkbox"/> Structure hospitalière <input type="checkbox"/> Thérapies manuelles (ex : Ostéopathes, Chiropracteurs...) <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez spécifier) :
..... |
|---|---|

- Avez-vous déjà prescrit de l'activité physique pour un **autre motif** ?

- Oui Non

- Pour **quelles raisons ne prescrivez-vous pas** d'activité physique chez le patient lombalgique ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mauvaises connaissances sur la thématique <input type="checkbox"/> Mauvaises maîtrises des contre-indications à la pratique d'activité physique <input type="checkbox"/> Manque d'information des dispositifs du Tarn et Garonne « Sport santé » <input type="checkbox"/> Manque d'habitude <input type="checkbox"/> Manque de temps <input type="checkbox"/> Manque de confiance sur l'accompagnement de vos patients <input type="checkbox"/> Difficulté d'accessibilités financières pour les patients <input type="checkbox"/> Insuffisance de l'offre et du réseau de soins <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez spécifier) : | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficulté de collaboration : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avec les éducateurs médico-sportifs <input type="checkbox"/> Avec les kinésithérapeutes <input type="checkbox"/> Avec les médecins du sport <input type="checkbox"/> Manque de motivation des patients <input type="checkbox"/> Non observance du patient <input type="checkbox"/> Retour insuffisant sur l'évolution des patients <input type="checkbox"/> Risque de décompensation et/ou aggravation de la symptomatologie |
|--|---|

Suivi et maintien de l'activité physique chez le patient lombalgique

- Organisez-vous une **consultation de suivi à distance systématiquement** en cas de :

Poussée aiguë de lombalgie commune	Lombalgie commune chronique
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- Réalisez-vous un suivi de l'évolution et de la progression de l'**activité physique** faite par vos patients lombalgiques ?

- Oui Non

• Si oui, utilisez-vous des **paramètres** pour suivre cette évolution ? Oui Non

- Si oui le ou lesquels? (*Plusieurs réponses possibles*)
 - Pouls
 - Qualité de vie
 - Mesure de la distance doigt sol
 - Chiffres Tensionnels
 - Paramètre biologique
 - Distance talon fesse
 - EVA Douleur
 - Mesure du Schöber
 - Nombre de pas journalier
 - Performance
 - Mesure angle poplité
 - IMC
 - Autres (*Veillez préciser*) :

- Avez-vous recours à **des outils pour le suivi et l'accompagnement à l'activité physique du patient lombalgique ?**

Oui Non

- Si **oui** de quel type ?
 - Activ' dos
 - Podomètre
 - Autre application connectée
 - Autre (*Veillez préciser*) :
 - Carnet de suivi
 - Montre connectée

- Recherchez-vous la survenue **d'effets indésirables** liés à la pratique de l'activité physique chez vos patients lombalgiques ?

Oui Non

- Lors du suivi de vos patients lombalgiques, favorisez-vous **l'autogestion et l'autonomisation** en cas de :

- **Poussée aiguë de lombalgie commune**
 - Jamais
 - Occasionnellement
 - Souvent
 - Systématiquement
- **Lombalgie commune chronique**
 - Jamais
 - Occasionnellement
 - Souvent
 - Systématiquement

Lombalgie, parcours et offre de soins

- Contextualisation actuelle :

- *Récemment, dans le cadre du pacte de refondation des urgences, des protocoles de coopération sur la thématique de la prise en charge des lombalgies aiguës sont parus au Journal Officiel le 8 mars 2020.*
- *Dans une optique d'exercice coordonné et au sein de structures pluriprofessionnelles, les kinésithérapeutes pourront accueillir directement les patients qui souffrent d'une lombalgie aiguë, sans passer par leur médecin traitant.*

- Etes-vous favorables au développement de cette réorganisation du parcours de soin du patient lombalgique en cas de **poussée aiguë de lombalgie** ?

Désaccord total	Incertain		Accord Total
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

- Pensez-vous que la création de CPTS permettrait de fluidifier et d'optimiser le parcours de soin et la prise en charge des patients lombalgiques ?

Désaccord total	Incertain		Accord Total
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

- Trouvez-vous que l'offre de soin « sport sur ordonnance » du Tarn et Garonne soit satisfaisante ?

Oui Non

Commentaires libres :

Merci de votre contribution

Annexe II : Cartographie de l'offre de soin « Sport Santé » dans le Tarn et Garonne

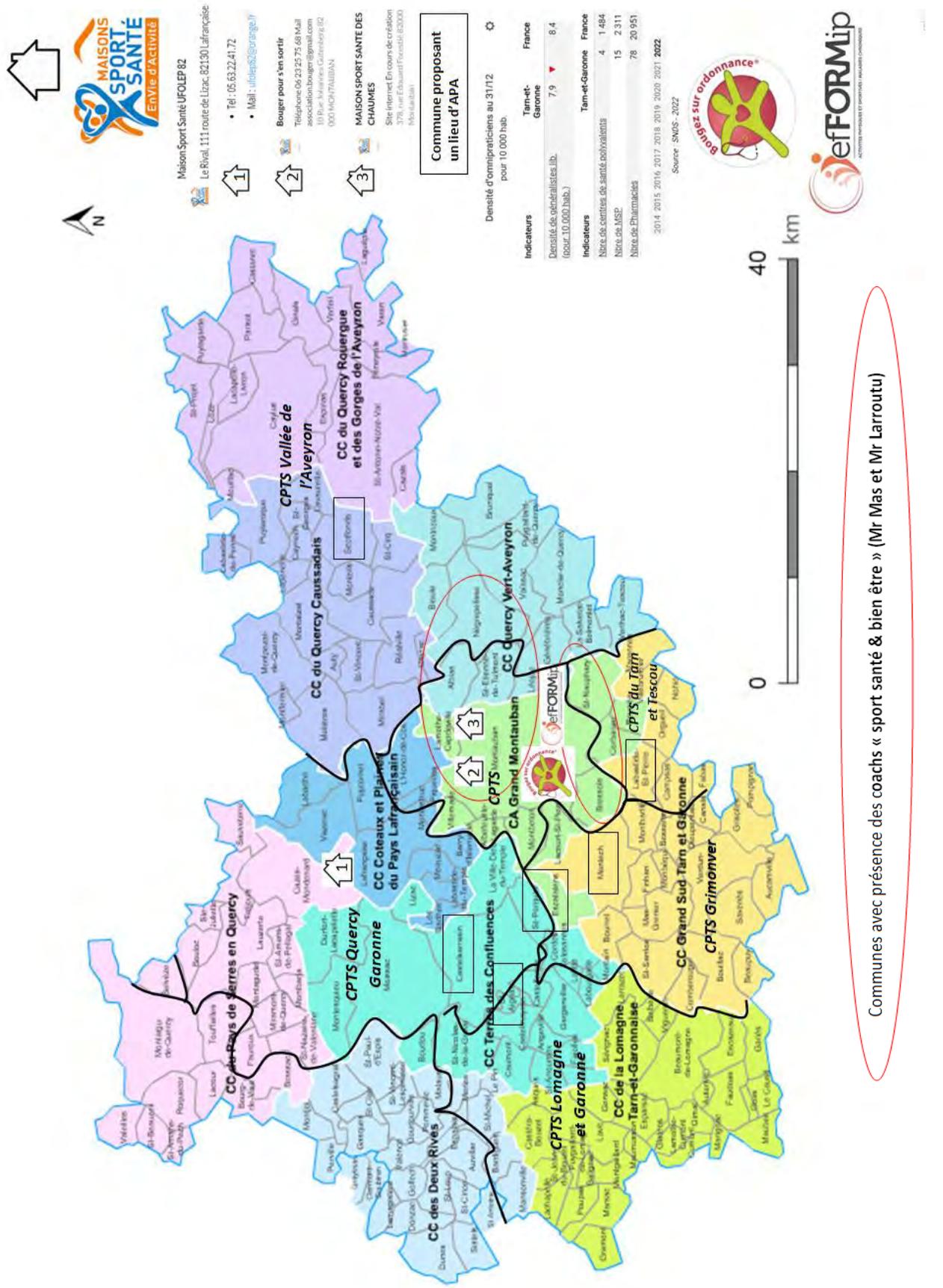


Figure 28 : Cartographie de l'offre de soin « Sport Santé Bien-être » dans le Tarn et Garonne en 2023 (141)

Liste des abréviations :

AP : Activité physique

APA : Activité physique adaptée

ALD : Affection longue durée

ARS : Agence Régionale de Santé

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation médicale continue

FST : Formation spécialisée transversale

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain (IASP)

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Q1 = 1^{er} Quartile ou Quartile inférieur

Q3 = 3^{ème} Quartile ou Quartile supérieur

Me : Médiane

MET : Métabolic Equivalent Task

MKDE : Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSS : Maison Sport-Santé

MSU : Maître de Stage Universitaire

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odd Ratio

PN1 : Praticien Niveau 1

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFE : Santé de la Femme et de l'Enfant

SNSS : Stratégie Nationale Sport-Santé (SNSS)

Liste des figures :

Figure 29 : Diagramme des flux

Figure 30 : Degré de satisfaction de prise en charge des lombalgies communes chez les médecins généralistes du *Tarnet Garonne* en fonction de son « *stade d'évolution* »

Figure 31 : Avis des médecins généralistes sur les parties de consultation les plus impactées par le manque de temps dans un contexte de lombalgie

Figure 32 : Etude de l'impact du manque de temps sur les différentes parties d'une consultation dans un contexte de « poussée aiguë de lombalgie » commune chez les médecins prescripteurs et non prescripteurs APA

Figure 33 : Etude de l'impact du manque de temps sur les différentes parties d'une consultation dans un contexte de « lombalgie commune chronique » chez les médecins prescripteurs et non prescripteurs APA

Figure 34 : Radar de représentation des fréquences de recherche de facteurs psychosociaux exposant à un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée à l'interrogatoire des patients lombalgiques

Figure 35 : Répartition en pourcentage de recherche des facteurs psychosociaux exposant à un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée (données d'interrogatoire des patients lombalgiques) selon que le médecin soit prescripteur d'APA ou non

Figure 36 : Différentes modalités d'évaluation de la condition physique en cabinet de médecine générale des patients lombalgiques par leurs médecins

Figure 37 : Répartition de la fréquence d'évaluation du niveau d'activité physique en pourcentage des médecins généralistes avant et en fonction de l'évolution de la lombalgie commune de leurs patients

Figure 38 : Répartition de la fréquence en pourcentage d'évaluation du niveau d'activité physique des patients « avant lombalgie » en fonction du caractère « prescripteurs d'APA chez les patients lombalgiques ou non » des praticiens

Figure 39 : Répartition de la fréquence d'évaluation du niveau d'activité physique des patients « en cas de poussée aiguë de lombalgie » en fonction du caractère « prescripteurs d'APA chez les patients lombalgiques ou non » des praticiens.

Figure 40 : Histogramme représentant la répartition de la fréquence d'évaluation du niveau « de sédentarité » en pourcentage des patients par les médecins généralistes avant et en fonction de l'évolution de la lombalgie commune

Figure 41 : Répartition du pourcentage d'évaluation de l'activité physique et de la sédentarité avant et en fonction de l'évolution de leur lombalgie commune

Figure 42 : Histogramme représentant la répartition en pourcentage des recommandations de pratique d'activité physique par les médecins généralistes en fonction du stade de lombalgie commune de leurs patients

Figure 43 : Répartition en pourcentage des recommandations de pratique d'activité physique par les médecins généralistes en fonction du stade de lombalgie commune de leurs patients et du caractère « prescripteurs » d'activité physique adaptée

Figure 44 : Répartition du pourcentage d'évaluation et de recherche de freins et leviers existants chez les patients lombalgiques à l'instauration d'un mode de vie plus actif et moins sédentaire par leurs médecins généralistes en fonction de l'évolution de leurs lombalgies

Figure 45 : Fréquence des difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de l'abord du sujet de l'AP et sa promotion chez leurs patients lombalgiques

Figure 46 : Avis des praticiens sur l'intérêt et la fréquence d'une prescription d'AP dans le cadre de la lombalgie en fonction de leurs caractères « prescripteur » ou non d'APA

Figure 47 : Répartition de la fréquence en pourcentage de la prescription d'activité physique en fonction du stade de lombalgie commune chez les médecins généralistes ayant déjà réalisés une prescription d'activité physique

Figure 48 : Répartition des paramètres propres à l'activité physique pris en compte par les praticiens lors de la rédaction d'une prescription d'activité physique adaptée

Figure 49 : Répartition des différents types d'activité physique prescrits par les médecins généralistes en fonction du stade de lombalgie

Figure 50 : Répartition des orientations vers un professionnel de santé spécialisé dans le mouvement par les médecins « non prescripteurs » d'AP dans un contexte de lombalgie

Figure 51 : Répartition de la fréquence de médecins généralistes favorisant l'autogestion et l'autonomisation durant le suivi de leurs patients en fonction du stade de lombalgie

Figure 52 : Répartition de la fréquence de médecins généralistes mettant en place, dans un contexte de poussée aiguë de lombalgie commune, une stratégie d'autogestion et d'autonomisation durant le suivi de leurs patients lombalgiques en fonction du caractère « prescripteurs d'APA » ou non

Figure 53 : Répartition de la fréquence de médecins généralistes mettant en place, dans un contexte de lombalgie commune chronique, une stratégie d'autogestion et d'autonomisation durant le suivi de leurs patients lombalgiques en fonction du caractère « prescripteurs d'APA » ou non

Figure 54 : Evaluation de l'opinion des médecins généralistes sur la mise en place de l'accès direct chez le kinésithérapeute lors des poussées aiguës de lombalgie

Figure 55 : Evaluation de l'opinion des médecins généralistes sur la fluidification et l'optimisation du parcours de soin, de la prise en charge des patients lombalgiques par la création de CPTS

Figure 56 : Cartographie de l'offre de l'offre « Sport Santé Bien-être » dans le Tarn et Garonne en 2023

Figure 579 : Affiche issue du programme de sensibilisation sur la lombalgie de la sécurité sociale « Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement »

Figure 30 : Modèle de « peur-évitement » dans le processus de chronicisation des lombalgies

Figure 31 : Modèle de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé appliqué à la lombalgie chronique

Figure 32 : Représentation du modèle théorique de Henewee et al représentant l'évolution du risque de douleur lombaire en fonction de l'intensité de l'activité physique

Figure 33 : Schéma du parcours de santé centré sur la prescription d'AP chez l'adulte

Figure 34 : Récapitulatif des quatre niveaux d'intervention afin de pouvoir adapter l'AP

Figure 35 : Récapitulatif des règles de prudence à la pratique d'une AP

Figure 36 : Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique : Q-AAP+

Figure 37 : Récapitulatif du contenu d'une consultation médicale d'AP

Figure 38 : Classification des activités de loisirs et sportives selon leurs contraintes cardio-vasculaires

Figure 39 : Classification des activités physiques en fonction de leurs intensités

Figure 40 : Récapitulatif de l'évaluation et de l'établissement des phénotypes fonctionnels

Figure 41 : Tableau récapitulatif des compétences nécessaires aux professionnels du « Sport-Santé » afin de réaliser une APA en fonction du phénotypes fonctionnels

Figure 42 : Tableau récapitulatif des domaines d'intervention préférentiels des différents intervenants du « Sport-Santé »

Figure 43 : Territoires d'intervention des différents intervenants du « Sport-Santé »

Figure 44 : Infographies HAS « Les degrés d'intensité de l'activité physique »

Figure 45 : Exemples d'activités physiques recommandées par le PNNS

Figure 46 : « 10 règles d'or édictées par le Club des Cardiologues du sport »

Figure 47 : Infographies de l'HAS « Comment augmenter votre activité physique »

Figure 48 : Cartographie de l'offre « Sport Santé Bien-être » en France

Figure 49 : Graphique de projection de l'impact de l'insuffisance d'activité physique sur la santé des habitants des pays membres de l'union européenne d'ici 2050

Figure 58 : Affiches publicitaires « Bougez sur ordonnance » de la ville de Montauban

Liste des tableaux :

Tableau 13 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins participants.

Tableau 14 : Comparaison des catégories sociodémographiques, des modes d'exercices, de la formation et de la connaissance de l'offre de soins sport santé selon le caractère prescripteur d'activité physique ou non du médecin

Tableau 15 : Comparaison des catégories sociodémographiques, des modes d'exercices, de la formation et de la connaissance de l'offre de soins sport santé en fonction de la réalisation d'un suivi de l'activité physique ou non

Tableau 16 : Comparaison des données socio-démographiques de notre échantillon de thèse et notre population cible

Tableau 17 : Estimation du nombre moyen de patients souffrant de lombalgie commune examinés par les praticiens sur une semaine

Tableau 18 : Degré de satisfaction des praticiens dans un contexte de poussée aiguë de lombalgie commune et de lombalgie chronique en fonction du critère « Prescripteur d'activité physique adaptée dans un contexte de lombalgie commune »

Tableau 19 : Récapitulatifs des justificatifs de l'intérêt de la prescription d'AP dans un contexte de lombalgie en fonction du choix de la fréquence de prescription de cette dernière

Tableau 20 : Récapitulatif de la fréquence d'utilisation des aides à la prescription d'APA parmi les médecins ayant recours à ces aides

Tableau 21 : Récapitulatif des causes de non prescriptions d'AP chez les patients lombalgiques

Tableau 22 : Récapitulatif par ordre décroissants de la fréquence d'utilisation des paramètres pour le suivi de l'évolution et de la progression de l'AP des patients lombalgiques

Tableau 23 : Tableau du croisement des données concernant la satisfaction de l'offre de soin des praticiens en fonction de leurs connaissances de cette même offre de soin

Tableau 24 : Récapitulatif des commentaires libres

Tableau 25 : Tableau récapitulatif des variations de la démographie médicale selon le dernier rapport de l'ordre des médecins

Glossaire:

Activité Physique : « Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, qui entraîne une dépense énergétique supérieure à celle du métabolisme de repos » (153). Elle est décrite par certains paramètres selon le modèle FITT (Fréquence, Intensité, Type, Temps) (154) ou FITT- PV (155).

Elle inclut tous les mouvements de la vie quotidienne : « Travail, transports, activités domestiques, loisirs » (42) (136) (139) (156).

Professionnel	Activité physique réalisée dans le cadre du travail...
Transports	Marche, vélo, courses, monter les escaliers...
Activités domestiques	Bricolage, jardinage, entretien domestique....
Loisirs	Exercice physique Sport Loisir non structurée

Activité Physique Adaptée : Selon l'article L. 1172-1 du code de santé publique « la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ». « AP adaptée à la ou les pathologie(s) aux capacités fonctionnelles et aux limites d'activités du patient. La dispensation d'une activité physique adaptée (APA) a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risques et les limitations fonctionnelles liés à l'affection chronique ou transitoire dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent des activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétence » (157).

Affection de longue durée (ALD) exonérantes : A ce jour 30 pathologies, elles sont au nombre de 30. « Après l'établissement d'un protocole de soins, cette affection permet d'ouvrir des droits et permet un remboursement intégral des soins » (158).

ARS : « Elles sont chargées d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système. Elles sont des établissements publics, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé » (159).

Aptitudes musculaires : Terme regroupant trois grandes catégories liées aux aptitudes et capacités musculaires : la force, l'endurance et la puissance.

Capacité cardiorespiratoire : « Elle correspond à la capacité musculaire d'effectuer des exercices dynamiques d'intensité modérée à élever sur des périodes prolongées de temps » (91).

Condition physique : « Capacité générale à s'adapter et à répondre favorablement à l'effort physique. Elle regroupe plusieurs dimensions : la capacité cardiorespiratoire, les aptitudes musculaires, la souplesse, les performances neuromusculaires et des composantes anthropométriques » (91).

Équilibre : « L'équilibre est la capacité de contrôler la position du corps en mouvement (dynamique) ou à l'arrêt (statique) en fonction des forces extérieures et du centre de masse de l'appareil locomoteur » (91).

Endurance musculaire : « L'endurance est la capacité à continuer à exercer des efforts successifs dans un contexte de répétitions » (91).

Exercice physique : Activité physique « planifiée, structurée, répétitive dont l'objectif est l'amélioration ou le maintien d'une ou plusieurs composantes de la condition physique » (91).

Force musculaire : « La force musculaire correspond à sa capacité d'exercer une force » (91).

Inactivité physique : Niveau d'activité physique insuffisant pour répondre aux recommandations actuelles en matière d'activité physique (42) (136) (160).

MET : Unité de mesure de l'intensité de l'Activité physique en valeur absolue utilisée dans la littérature internationale. Son calcul se fait sur la base du rapport entre la dépense énergétique de l'activité considérée, sur la quantité d'énergie dépensée au repos. $1 \text{ MET} = + 3.5 \text{ mL O}_2/\text{min}/\text{kg} = \text{Métabolisme de repos}$ (91).

Prévention : D'après l'OMS, la prévention est une action mise en place afin d'essayer d'éviter l'apparition, le développement de maladies, de leurs complications et des incapacités secondaires à ces dernières (136).

Puissance musculaire : « Elle correspond à la capacité du muscle à exercer une force par unité de temps ». La puissance est obtenue par la relation : Puissance = (Force x Distance) / Temps = Force x Vitesse (91).

Sédentarité : Situation d'éveil avec une faible dépense énergétique.

« Dépense énergétique inférieure ou égale à 1.5 MET en position assise ou allongée. Elle correspond au temps passé assis ou allongé sans autre activité physique entre le lever et le coucher, ainsi que la position statique debout (1,3 MET) » (91).

Exemple de situation « sédentaire » : « déplacements en véhicule automobile, position assise sans activité autre, ou à regarder la télévision, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur, toutes les activités réalisées au repos en position allongée (lire, écrire, converser par téléphone...). Ce terme est à distinguer de l'inactivité physique » (42).

Souplesse : « Capacité de mobilisation d'une articulation dans son amplitude complète » (91).

Sport : « Forme particulière d'AP où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles et d'objectifs bien définis. La pratique sportive comprend : le sport en compétition et la pratique de masse en club, le sport scolaire, et les pratiques sportives de loisir en individuel ou en groupe non affiliées à une association » (91).

Sport-Santé : « Sport dont les conditions de pratique ont été adaptées pour répondre aux besoins de publics présentant des vulnérabilités et/ou des besoins spécifiques en lien avec leur état de santé. Il a pour objectif de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de la personne en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Il est supervisé par des éducateurs sportifs formés ou des professionnels de l'APA, selon les niveaux de vulnérabilité des publics » (91).

Documents complémentaires :



Figure 29 : Affiche issue du programme de sensibilisation sur la lombalgie de la sécurité sociale « Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement » (161)

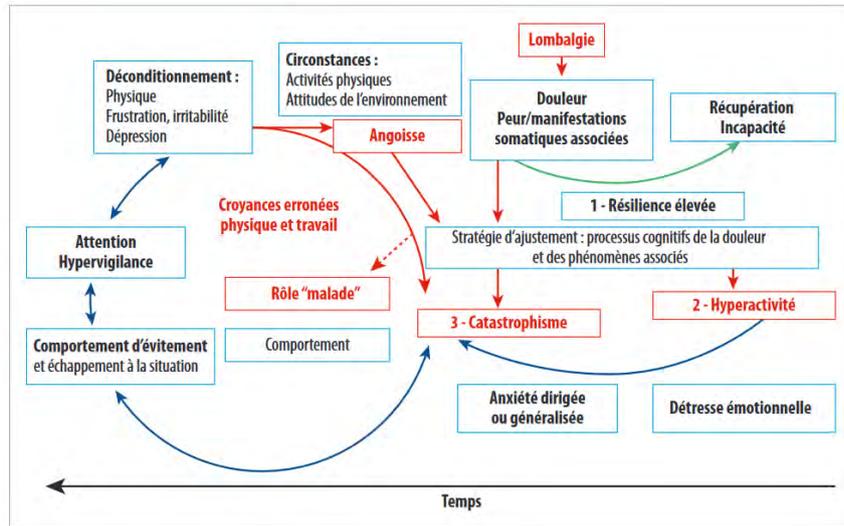


Figure 30 : Modèle de « peur-évitement » dans le processus de chronicisation des lombalgies (126) (127)

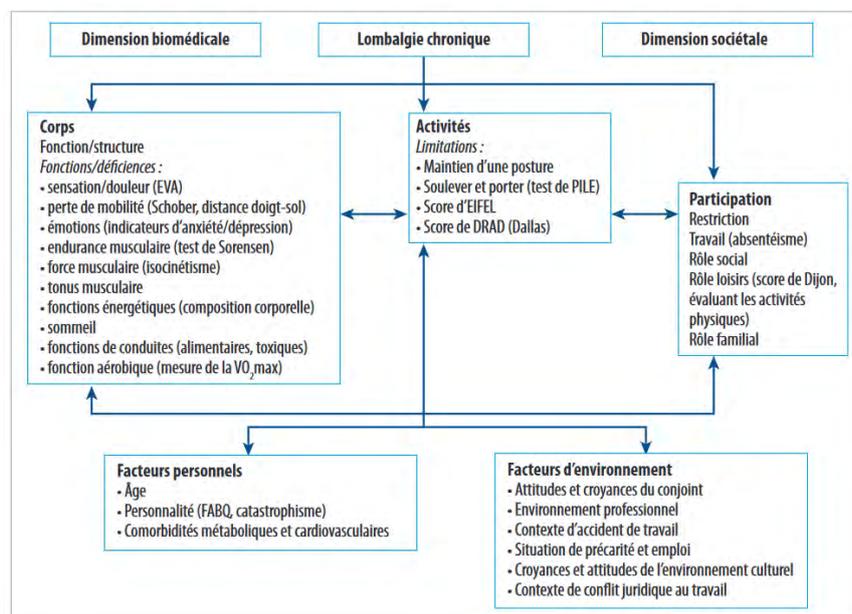


Figure 31 : Modèle de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé appliqué à la lombalgie chronique (127)

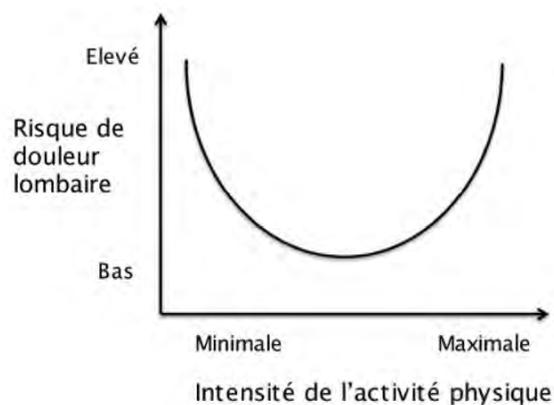


Figure 32 : Représentation du modèle théorique de Henewee et al. représentant l'évolution du risque de douleur lombaire en fonction de l'intensité de l'activité physique (96)

Schéma du parcours de santé centré sur la prescription d'activité physique chez l'adulte

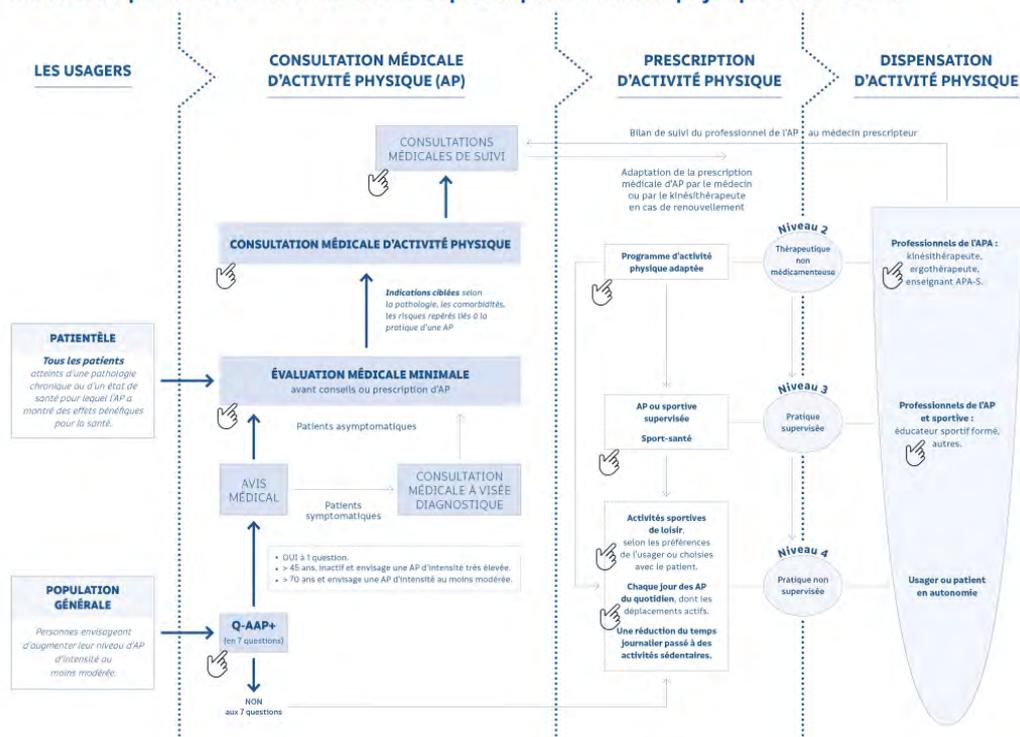


Figure 33 : Schéma du parcours de santé centré sur la prescription d'AP chez l'adulte (91)

Tableau 3. Les quatre niveaux d'intervention par l'AP (classification d'après le programme Suède en mouvement)

Le niveau 1 est approprié aux patients présentant une maladie/blessure avérée et/ou un état fonctionnel évalués par le médecin comme justifiant d'un programme de rééducation/réadaptation. Le patient est adressé sur ordonnance pour une rééducation/réadaptation à un professionnel de santé de rééducation.

Le niveau 2 est approprié aux patients présentant une maladie et/ou un état fonctionnel évalués par le médecin comme justifiant d'un programme d'activité physique adaptée (APA). Le patient est adressé sur ordonnance pour un programme d'APA à un professionnel de l'APA (professionnel de santé paramédical ou enseignant en APA-S).

Les niveaux 3 et 4 sont appropriés aux patients physiquement inactifs qui ont besoin d'augmenter leur niveau d'AP et qui sont considérés par le médecin comme capables de participer à une gamme ordinaire d'AP ou sportive, soit avec une supervision pour le niveau 3, soit évalués comme capables de contrôler et de maintenir seuls leur propre AP pour le niveau 4. Le choix entre les niveaux 3 et 4 est aussi conditionné par les préférences du patient.

Le niveau 3, une AP ou sportive supervisée est appropriée si :

- le patient ne répond pas à un des 3 critères du niveau 4.

Le médecin conseille et prescrit au patient des AP ou sportives encadrées par des éducateurs sportifs formés, organisées par des associations ou des clubs sportifs. Si indiqué, il prescrit une activité de sport-santé.

Le niveau 4, une AP ou sportive non supervisée est appropriée si :

- le patient est évalué comme réceptif, motivé et capable de suivre les recommandations d'AP seul ou avec l'aide d'un appui social (famille, amis...);
- le patient est considéré comme étant capable (ayant les ressources psychiques suffisantes) d'augmenter effectivement et sans risque son niveau d'AP par ses propres moyens;
- l'état de santé et les besoins (sociaux, émotifs, médicaux) du patient n'exigent pas un programme d'APA, ni un programme de rééducation/réadaptation.

Le médecin conseille et prescrit au patient des AP ou sportives sans supervision, à réaliser en autonomie, avec des AP quotidiennes en environnement (marche, pratique du vélo, activités sportives de loisirs à la maison ou sur des aires résidentielles).

NB. Ces prescriptions d'AP sont toujours associées à des conseils de réduction du temps passé à des activités sédentaires.

Figure 34 : Récapitulatif des quatre niveaux d'intervention afin de pouvoir adapter l'AP (91)

Tableau 4. Règles générales de prudence à la pratique d'une AP

D'une manière générale, pour réduire les risques d'évènements cardio-vasculaires et de traumatismes musculosquelettiques liés à l'AP :

- les personnes qui désirent commencer et/ou augmenter leur AP devraient remplir un auto-questionnaire d'aptitude à l'AP (auto-questionnaire Q-AAP+) ;
- les personnes inactives et/ou sédentaires devraient commencer par des AP d'intensité faible ou modérée et augmenter progressivement par palier, chacun suivi d'une période d'adaptation, jusqu'à atteindre le niveau recommandé ou souhaité d'AP ;
- les personnes physiquement actives devraient adapter leur programme d'AP avec les variations de leur état de santé, de leur condition physique et des conditions de l'environnement ;
- les personnes pratiquant une AP devraient être éduquées pour pouvoir repérer les signes et les symptômes d'alerte, agir en conséquence et en référer à leur médecin (tableau 5) ;
- les professionnels de santé et de l'AP qui supervisent des AP d'intensité élevée devraient avoir une formation de base sur les procédures d'urgence en cas d'évènement cardiaque.

Il est aussi important de permettre au corps de se préparer, puis de récupérer avant et après une AP. Pour cela, la session d'AP doit être précédée d'une phase d'échauffement et suivie d'une phase de récupération.

La phase d'échauffement consiste en un minimum de 5 à 10 min d'activités cardiorespiratoires et musculaires progressives d'intensité légère à modérée et de mouvements d'assouplissement. L'échauffement est une phase transitionnelle qui permet au corps de s'ajuster aux changements physiologiques, biomécaniques et bioénergétiques de la phase d'AP. L'échauffement améliore aussi l'amplitude des mouvements et réduit les risques de blessure.

La phase de récupération peut être réalisée de manière passive (sans mouvement), ou active avec une réduction progressive des AP à des intensités modérées à faibles, pendant au moins 5 à 10 min. Cette période de récupération permet à l'individu de retrouver graduellement sa fréquence cardiaque et sa pression artérielle de base et d'éliminer les métabolites produits par le muscle pendant la phase la plus intense de l'AP.

Chez les personnes en situation de handicap (PSH), certaines précautions spécifiques doivent être en plus respectées. Les morphologies structurelle et fonctionnelle de la PSH doivent être prises en compte pour l'AP envisagée, avec des discussions sur l'adaptation ou le besoin d'un appareillage spécifique, le besoin d'une aide humaine, d'un environnement adapté et sécurisé, des conseils sur un geste donné, etc. Les troubles de sensibilité, l'installation ou l'appareillage devront être surveillés du fait des risques d'escarre. Les PSH peuvent pratiquer une AP et sportive dans des associations ou clubs ordinaires, mais peuvent aussi avoir besoin d'adaptations ou de dispositifs spécifiques dont l'absence les empêcherait de pratiquer une AP identique à celle des personnes valides.

Figure 35 : Récapitulatif des règles de prudence à la pratique d'une AP (91)

Tableau 6. Le questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous : Q-AAP+

Lisez les 7 questions avec attention et répondez à chacune avec honnêteté, par oui/non	oui	non
1. Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque <input type="checkbox"/> ou d'une hypertension <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, ou au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'AP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou avez-vous perdu conscience au cours des 12 derniers mois ? Répondez non si vos étourdissements étaient liés à de l'hyperventilation (y compris pendant une AP d'intensité élevée).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà été diagnostiqué d'une autre maladie chronique (autres qu'une maladie cardiaque ou d'hypertension artérielle) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lister les maladies ici :		
5. Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lister les maladies et les médicaments ici :		
6. Avez-vous présentement (ou avez-vous eu dans les 12 derniers mois) des problèmes osseux, articulaires, ou des tissus mous (muscle, ligament, ou tendon) qui pourraient être aggravés par une augmentation d'AP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NB. Répondez non si vous avez déjà eu un problème dans le passé, mais qui ne limite pas votre pratique d'AP présente.		
Lister vos problèmes médicaux ici :		
7. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne devriez pas faire d'AP sans supervision médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figure 36 : Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique : Q-AAP+ (91)

La consultation médicale d'AP du patient comprend :

- **Un interrogatoire**, en particulier sur : l'histoire médicale, les habitudes de vie, et les risques, les limitations et les contre-indications à l'AP.
- **Une évaluation de son niveau de RCV**, selon la classification européenne du risque cardio-vasculaire.
- **Un examen physique complet**, en particulier cardio-vasculaire, respiratoire, cutané et de l'appareil locomoteur.
- **Un entretien motivationnel** centré sur la ou les AP ou sportive(s) choisie(s) avec le patient, afin de :
 - évaluer son état de motivation pour l'AP choisie ;
 - repérer les freins, agir sur les leviers et l'accompagner vers un changement de mode de vie plus actif et moins sédentaire ;
 - définir avec lui des objectifs réalistes et réalisables ;
 - encourager la pratique d'AP sous toutes ses formes et une réduction du temps passé à des activités sédentaires.
- **Une évaluation des différentes composantes de la condition physique du patient** par des mesures anthropométriques et par des tests simples validés en environnement.
- **Une prescription d'examens complémentaires et/ou d'un avis spécialisé** (si indiquée).
- **Une prescription d'AP** qui comprend : un programme d'APA (niveau 2, si indiqué) ; ou un sport-santé ou des AP ordinaires en groupe ou en individuel, supervisées ou non (niveau 3 et 4) ; et des conseils individualisés d'AP de la vie quotidienne et de réduction de la sédentarité.
- **La rédaction d'un certificat d'absence de contre-indication à la pratique du sport**, pour le sport choisi avec le patient, si indiqué (tableau 26)
- **La programmation du suivi médical**, qui doit permettre au médecin d'adapter sa prescription d'AP, de renforcer la motivation de son patient et de l'accompagner progressivement vers un mode de vie physiquement actif et moins sédentaire en toute autonomie.

Figure 37 : Récapitulatif du contenu d'une consultation médicale d'AP (91)

Tableau 31. Classification des activités de loisirs et sportives selon leurs contraintes cardio-vasculaires

DYNAMIQUE	A	B	C
	Faible (< 50 % VO ₂ max)	Modérée (50-75 % VO ₂ max)	Forte (élevée) (> 75 % VO ₂ max)
STATIQUE			
I Faible (< 10 % FMV)	<i>Bowling</i> , golf, tai-chi et équivalents, pétanque <i>Stretching</i> , <i>body balance</i>	<i>Volley-ball</i> , tennis de table, tennis (double), marche nordique, longe-côte* (sans bras) Danses non acrobatiques, <i>step</i> , <i>body attack</i> *	Ski de fond** (classique), marche sportive, course à pied > 800 m, course orientation, tennis (simple), squash Danses acrobatiques* **
II Modérée (10-20 % FMV)	Tir à l'arc, équitation* ** Sports mécaniques* **, <i>volley-ball</i> <i>Surf</i> * **, <i>kitesurf</i> * **, voile (type laser), natation synchronisée*, plongeon* **, plongée sous-marine* (apnée) Yoga, pilates, <i>body-pump</i> Gainage et renforcement musculaire avec poids du corps	Patinage artistique* **, course à pied ≤ 800 m, marathon et ultra-endurance, décathlon, <i>badminton</i> , escrime**, trampoline** **, <i>handball</i> Basket-ball, beach-volley, water-polo* **, rugby** (sauf pack avants), planche à voile* ** (sans <i>pumping</i>), plongée sous-marine* (sca-phandre autonome) <i>Aquagym</i> *, <i>body-jump</i> , longe-côte* (avec bras), boule lyonnaise	Ski de fond (skating), natation*, football**, hockey** (gazon-glace), cyclisme* ** (plat), triathlon* **, patinage* ** (<i>roller</i>) longue distance <i>Aquabiking</i> *, vélo fixe
III Forte (élevée) (> 30 % FMV)	Haltérophilie*, musculation* <i>Bobsleigh</i> * **, luge* **, escalade* **, gymnastique* ** voile, ski nautique* **, athlétisme (lancers, sauts* **), judo et autres arts martiaux**	Lutte**, <i>crossfit</i> *, culturisme, <i>rugby</i> (pack avants**), ski alpin* **, <i>snowboard</i> * **, patinage* ** (<i>roller sprint</i> , planche à voile* (<i>pumping</i>))	Boxe tous types* **, canoë-kayak, Ski de randonnée* **, ski alpinisme* ** Cyclisme* ** (avec côtes), aviron Rameur en salle

VO₂ max = consommation maximale d'oxygène du pratiquant. FMV = force maximale volontaire du pratiquant. Les activités de loisirs (de détente, remise en forme et entretien physique) sont en italique.

Figure 38 : Classification des activités de loisirs et sportives selon leurs contraintes cardio-vasculaires (91)

Tableau 28. Classification des intensités des exercices d'endurance (capacité cardio-vasculaire)

Classification des activités physiques selon leur intensité
<p>Activité sédentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une dépense énergétique $\leq 1,5$ METs ; - < 40 % FC max ; - < 20 % FCR et VO_2 max ; - pénibilité $< 2/10$; - pas d'essoufflement, pas de transpiration, battements cardiaques non perçus. <p>Exemples : toutes les activités réalisées au repos en position allongée ou semi-allongée ou en position assise non active (déplacements en véhicule motorisé, regarder la télévision, lire, écrire, etc.).</p> <p>AP d'intensité faible :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une dépense énergétique comprise entre 1,6 et 3 METs ; - 40 à 55 % FC max ; - 20 à 40 % FCR et VO_2 max ; - pénibilité : 3 à 4/10 ; - pas d'essoufflement, pas de transpiration. <p>Exemples : une marche < 4 km/h, un déplacement lent en fauteuil manuel, promener son chien, s'habiller, faire des activités manuelles ou lecture (en position debout).</p> <p>AP d'intensité modérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une dépense énergétique comprise entre 3 et < 6 METs ; - 55 à 70 % FC max ; - 40 à 60 % FCR ou VO_2 max ; - pénibilité : 5 à 6/10 ; - essoufflement et transpiration modérée, conversation possible. <p>Cette AP peut être maintenue 30 à 60 min. Exemples : une marche 5 à 6,5 km/h, un déplacement en fauteuil manuel +/- avec 3^e roue manuelle, une montée lente des escaliers, une course à pied < 8 km/h, du vélo de loisirs à 15 km/h, du <i>handbike</i> loisir, la nage de loisirs, la danse, le jardinage, etc.</p> <p>AP d'intensité élevée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une dépense énergétique comprise entre 6 à < 9 METs ; - 70 à 90 % FC max ; - 60 à 85 % FCR ou VO_2 max ; - pénibilité : 7 à 8/10 ; - essoufflement important, transpiration abondante, conversation difficile. <p>Cette AP ne peut être maintenue plus de 30 min. Exemples : une marche rapide supérieure à 6,5 km/h, un déplacement rapide en fauteuil manuel, une montée rapide des escaliers, une course à pied à 8-9 km/h, du vélo à 20 km/h, etc.</p> <p>AP d'intensité très élevée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une dépense énergétique ≥ 9 METs ; - > 90 % FC max ; - > 85 % FCR ou VO_2 max ; - pénibilité : $> 8/10$; - essoufflement très important, transpiration très abondante, conversation impossible. <p>Cette AP ne peut être maintenue plus de 10 min. Exemples : une course à pied de 9 à 28 km/h, vélo > 25 km/h, une course en fauteuil d'athlétisme, un déplacement rapide en fauteuil roulant manuel avec 3^e roue manuelle, course à pied avec orthèse, etc.</p>

Les exemples sont donnés pour des activités physiques d'endurance aérobie, pour des adultes d'âge moyen avec une condition physique moyenne.

FC max : fréquence cardiaque maximale ; FCR : fréquence cardiaque de réserve = FC max-FC repos ; VO_2 max : consommation maximale d'oxygène.

Figure 39 : Classification des activités physiques en fonction de leurs intensités (91)

TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS					
Fonctions		Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Fonctions locomotrices	Fonction musculaire neuro	Normale	Altération minimale de la motricité et du tonus	Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction articulaire ostéo	Normale	Altération au max de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes	Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvements simples	Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Pas ou peu de fatigue	Fatigue rapide après une activité physique intense	Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Force normale	Baisse de force, mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
	Marche	Distance théorique normale couverte en 6mn = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{sexe})$, avec $\text{sexe}=0$ pour les femmes, $\text{sexe}=1$ pour les hommes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82% de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à 150 m.
Fonctions cérébrales	Fonctions cognitives	Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat	Bonne stratégie, lentur, adaptation possible, bon résultat	Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Aucune altération de la compréhension ou de l'expression	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/Dépression	Ne présente aucun critère d'anxiété et/ou de dépression	Arrive à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
Fonctions sensorielles + douleur	Capacité visuelle	Vision des petits détails à proche ou longue distance	Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans l'environnement non perturbée	Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familier	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier
	Capacité sensitive	Stimulations sensibles perçues et localisées	Stimulations sensibles perçues mais mal localisées	Stimulations sensibles perçues mais non localisées	Stimulations sensibles non perçues, non localisées.
	Capacité auditive	Pas de perte auditive.	La personne fait répéter.	Surdité moyenne. La personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	Equilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité	Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	Douleur constante avec ou sans activité

Figure 40 : Récapitulatif de l'évaluation et de l'établissement des phénotypes fonctionnels (109)

TABLEAU DES COMPETENCES				
Limitations Compétences	Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
- 1 - Assurer l'éducation pour la santé et/ou participer à une éducation thérapeutique.	Etre capable d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé.	Etre capable d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé.	Etre capable de participer à l'accompagnement de l'éducation thérapeutique d'un patient.	Etre capable de participer à l'accompagnement de l'éducation thérapeutique d'un patient.
- 2 - Savoir réaliser l'évaluation initiale de la situation du patient, en incluant l'identification de freins, leviers et de facteurs motivationnels.	Mettre en œuvre des évaluations fonctionnelles propres à la pratique physique envisagée. Evaluation des freins, ressources individuelles, et capacités de la personne à s'engager dans une pratique autonome, par des entretiens et questionnaires spécifiques simples et validés.	Etre capable, le cas échéant, d'adapter les évaluations fonctionnelles à la situation de la personne. Evaluation des freins, ressources individuelles, et capacités de la personne à s'engager dans une pratique adaptée aux limitations, par des entretiens et questionnaires spécifiques simples et validés.	Etre capable d'utiliser des tests d'évaluation spécifiques, adaptés aux limitations fonctionnelles. Evaluation des freins, ressources individuelles, et aptitudes à entrer dans la pratique d'une activité physique adaptée (compte tenu des limitations), par la conduite d'entretiens motivationnels et semi-directifs et validés.	Etre capable d'utiliser des tests d'évaluation spécifiques, adaptés aux limitations fonctionnelles. Evaluation des freins, ressources individuelles, et aptitudes à entrer dans la pratique d'une activité physique adaptée (compte tenu des limitations), par la conduite d'entretiens motivationnels et semi-directifs et validés.
- 3 - Etre capable de concevoir, co-construire et planifier un programme d'activité physique individualisé et pertinent qui soit adapté à l'état de santé de la personne.	Etre capable de concevoir une séance d'activité physique en suscitant participation et adhésion de la part du patient.	Savoir opérer des adaptations simples sur les activités physiques, dans un objectif de tolérance et d'autonomie dans la pratique.	Etre capable d'identifier les modalités de pratique et leurs adaptations pédagogiques les plus appropriées à l'état des personnes et aux objectifs définis dans l'évaluation initiale. Maîtriser les connaissances des interactions entre pathologie chronique et réponses à l'exercice.	Etre capable de fixer des objectifs cohérents en termes d'amélioration de l'état de santé, et d'ajuster le programme d'activité physique en fonction des réponses du patient. Maîtriser les connaissances des interactions entre pathologie chronique et réponses à l'exercice.
- 4 - Savoir mettre en œuvre un programme (conduite du programme, évaluation de la pratique, détection des signes d'intolérance et retour vers le prescripteur, savoir individualiser la pratique).	Etre capable d'animer une séance d'activité physique et sportive (APS), de repérer toute altération de la tolérance des séances, d'évaluer les progrès au sein de la pratique, d'entretenir la motivation des pratiquants.	Savoir transformer les APS pour les enseigner (mise en œuvre des apprentissages moteurs et développement des aptitudes), en tenant compte des contraintes associées aux activités physiques en rapport avec des limitations minimales. Savoir évaluer les séances pédagogiques au moyen d'outils adaptés aux déficits des patients (adhésion, motivation, progrès) et leur tolérance.	Etre capable d'enseigner des activités physiques adaptées nécessitant une réorganisation de la pratique de façon à s'assurer d'une balance bénéfice-risque favorable. Maîtriser les méthodes d'évaluation des capacités et ajuster les contenus enseignés en fonction des objectifs d'amélioration de la santé recherchés (approche ciblée et personnalisée).	Etre capable d'enseigner des activités physiques adaptées nécessitant une réorganisation de la pratique de façon à s'assurer d'une balance bénéfice-risque favorable. - de concevoir des adaptations permanentes et évolutives des AP adaptées, voire de construire de nouvelles modalités de pratiques compatibles avec des limitations fonctionnelles sévères. - d'utiliser des méthodes d'évaluation des capacités et ajuster les contenus enseignés en fonction des objectifs d'amélioration de la santé recherchés.
- 5 - Savoir évaluer à moyen terme un programme (disposer des capacités à dialoguer entre les acteurs, évaluer les bénéfices attendus du programme, retour vers le patient et les autres professionnels).	Etre capable d'établir un bilan simple et pertinent pour les prescripteurs et les patients.	Etre capable d'établir un bilan simple et pertinent pour les prescripteurs et les patients. - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.	Etre capable d'établir un bilan pertinent pour les prescripteurs et les patients, - de communiquer aux patients et à tous les acteurs du parcours de soins, - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.	Etre capable d'établir un bilan pertinent pour les prescripteurs et les patients, - de communiquer aux patients et à tous les acteurs du parcours de soins, - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.
- 6 - Savoir réagir face à un accident au cours de la pratique.	Disposer des connaissances nécessaires à la bonne exécution des gestes de secours destinés à préserver l'intégrité physique d'une victime en attendant l'arrivée des secours organisés. (attestation PSC-1)	Etre capable de sécuriser la zone de l'accident, - collecter et transmettre les renseignements importants sur la situation, l'état du blessé aux services de secours, - agir face à un blessé qui présente une hémorragie externe, une perte de connaissance, un arrêt cardiaque, un traumatisme d'un membre dans le cadre d'une activité sportive, en évitant l'aggravation de l'état du blessé.	Etre capable d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur), - de transmettre une alerte aux services de secours. - d'éviter l'aggravation de l'état du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).	Etre capable d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur), - de transmettre une alerte aux services de secours. - d'éviter l'aggravation de l'état de santé du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).

Figure 41 : Tableau récapitulatif des compétences nécessaires aux professionnels du « Sport-Santé » afin de réaliser une APA en fonction du phénotypes fonctionnels (109)

DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS				
Limitations Métiers	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leur champ de compétences respectif)	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
Educateurs sportifs	+++	+++	+	non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés

¹ Concernés à la condition d'intervenir dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire

Figure 42 : Tableau récapitulatif des domaines d'intervention préférentiels des différents intervenants du « Sport-Santé » (109)

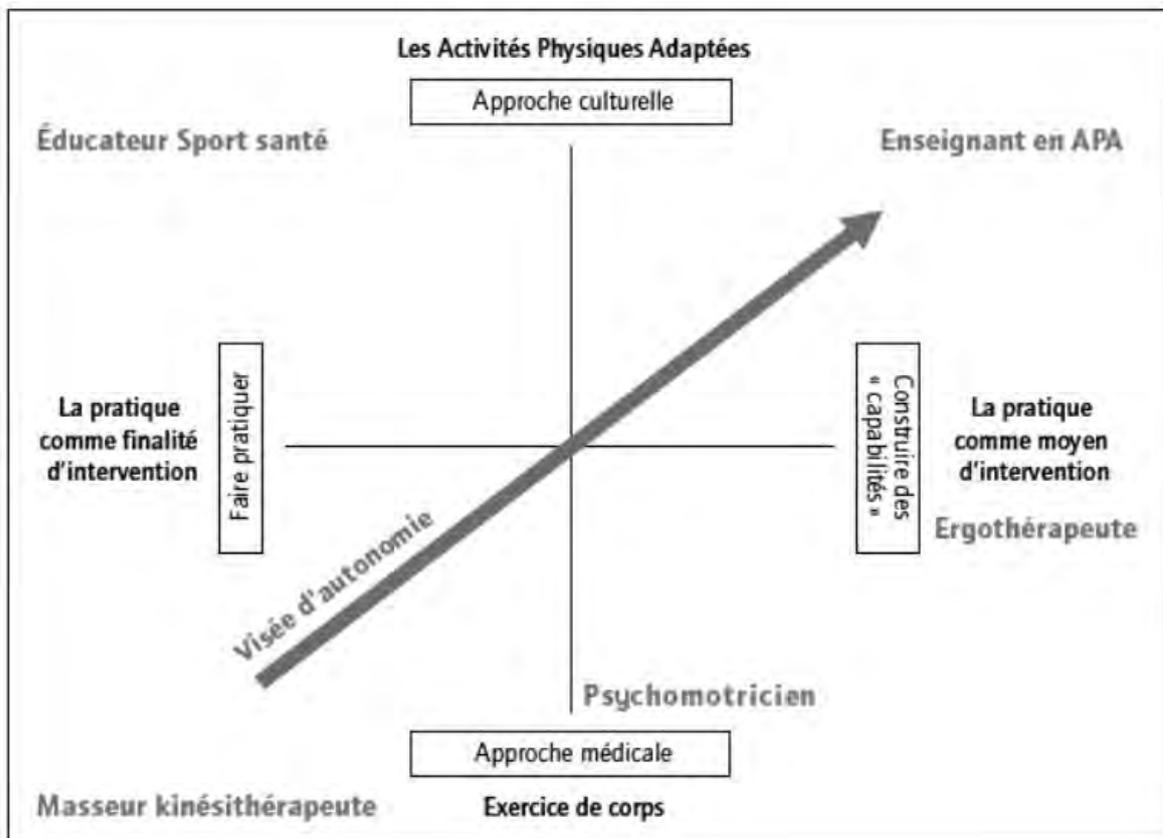


Figure 43 : Territoires d'intervention des différents intervenants du « Sport-Santé » (162)

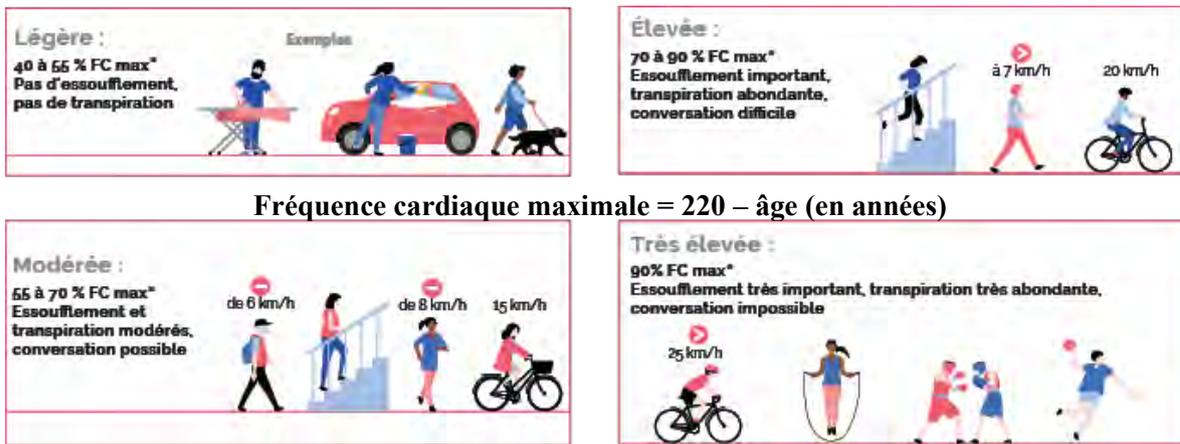


Figure 44 : Infographies HAS « Les degrés d'intensité de l'activité physique ».(163)

Exemples d'activités physiques pour la population adulte

Contexte	Activité physique d'endurance	Renforcement musculaire	Équilibre*	Souplesse
Domestique	<ul style="list-style-type: none"> - Marche rapide - Marche en montée - Montée d'escaliers - Travaux ménagers (passer l'aspirateur...) - Jardinage - Bricolage 	<ul style="list-style-type: none"> - Marche rapide - Marche en montée - Montée d'escaliers - Port de courses ou de charges - Bricolage incluant des travaux de force - Jardinage (creuser, bêcher, pelleter etc.) - Se mettre debout à partir d'une position assise sans l'aide des mains - S'accroupir - Lever et porter des charges lourdes - Gym suédoise 	<ul style="list-style-type: none"> - Se tenir debout sur une jambe - Se tenir debout en fermant les yeux - Se brosser les dents sur un pied 	<ul style="list-style-type: none"> - Travaux ménagers
Déplacements actifs	<ul style="list-style-type: none"> - Montée d'escaliers - Monter et descendre du bus, etc. - Marcher ou prendre son vélo pour se rendre dans un commerce de proximité, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Montée/descente d'escaliers 	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser le vélo, la trottinette - Marcher en suivant une ligne sur le sol, ou le bord d'un trottoir 	
Loisir	<ul style="list-style-type: none"> - Marche prolongée - Marche nordique - Natation - Vélo - Rameur - Course à pied - Gymnastique aérobic, aquatique - Golf - Marche en raquettes (neige) - Danse - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vélo - Danse - Natation - Gymnastique aquatique - Gymnastique d'entretien - Tai chi - Yoga - Pilate - Golf - Exercices utilisant le poids corporel ou un mur comme point de résistance (redressements assis, oppositions, appuis, voir schémas sur mangerbouger.fr), avec du petit matériel (bandes élastiques, bracelets lestés, haltères) ou des appareils de renforcement musculaire (rameur, vélo d'appartement...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Vélo - Danse - Pétanque - Golf - Tai chi - Yoga - Marche (en arrière, de côté, sur les talons, sur les pointes de pieds, etc.), marche en suivant une ligne ou une bordure - Exercices posturaux et d'équilibration à partir de supports instables (sol mou, plateau mobile), de conditions sensorielles modifiées (au niveau visuel ou en variant la position de la tête), d'un déplacement intégrant des changements de direction, de franchissement d'obstacle ou d'évolution sur un espace limité au sol ou une surface réduite d'appui du pied (pointe de pieds, talons, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Tai chi - Golf - Yoga - Pilate - Pétanque - Exercices d'assouplissements spécifiques (étirements)

* Recommandé pour tous et surtout pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

Figure 45 : Exemples d'activités physiques recommandées par le PNNS (164)



Figure 46 : « 10 règles d'or édictées par le Club des Cardiologues du sport » (165)_ (166)

Comment augmenter votre activité physique ?



Figure 47 : Infographies de l'HAS « Comment augmenter votre activité physique » (167)

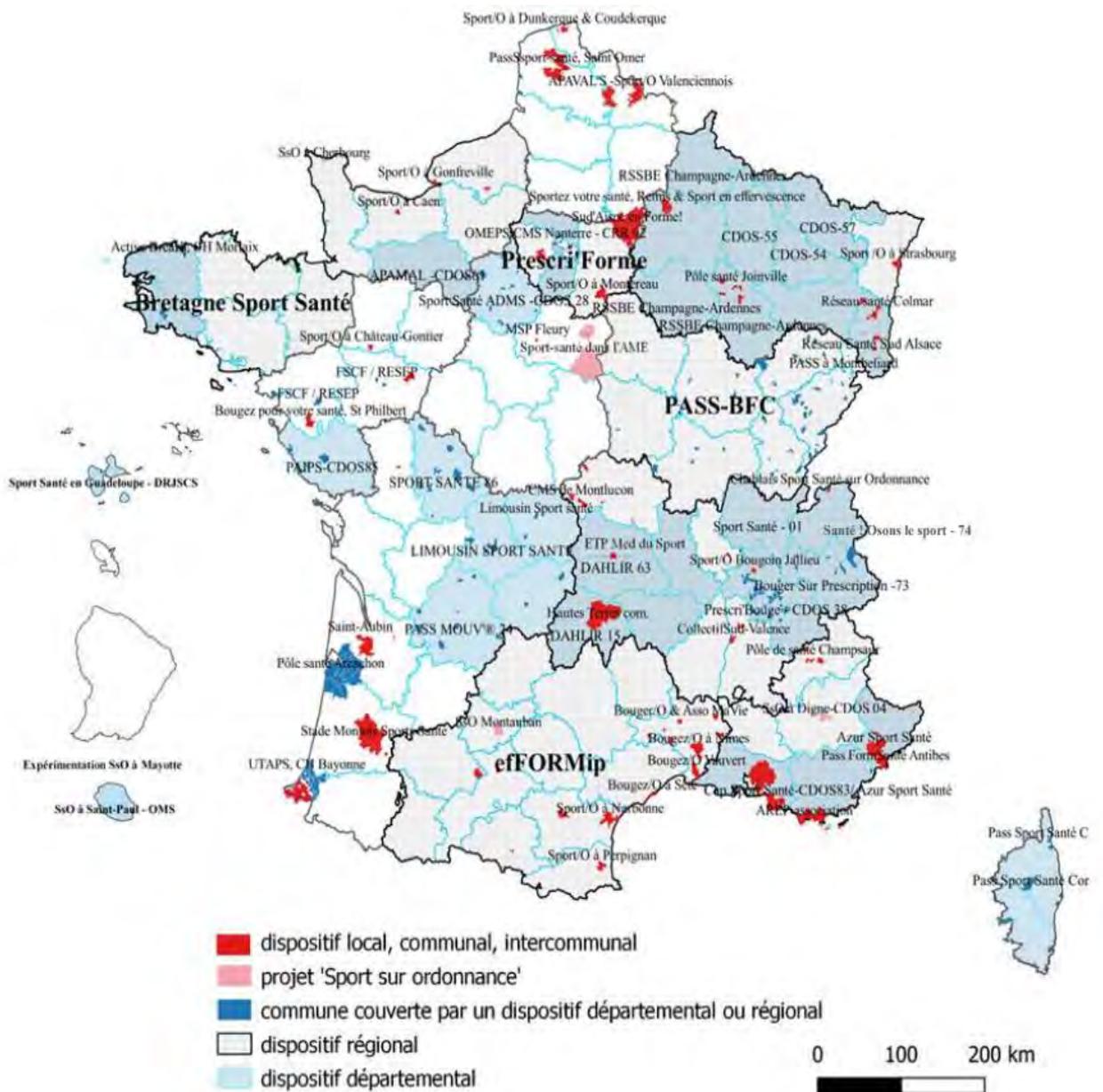


Figure 48 : Cartographie de l'offre « Sport Santé Bien-être » en France (168)

Tableau 26 : Tableau récapitulatif des variations de la démographie médicale selon le dernier rapport de l'ordre des médecins. (33)

Variation moyenne annuelle 2021-2022 des effectifs d'inscrits à l'ordre des médecins du Tarn et Garonne	-1.1 %
Variations (%) départementales du nombre de médecins généralistes en activité régulière entre 2010-2021 et 2021-2022	-Variation 2010-2022 : -19.6% -Variation 2021-2022 : -7.4%
Variations (%) départementales de la moyenne d'âge des médecins en activité régulière entre 2010 et 2022	- 1.4 %
Variations (%) départementales des densités médicales pour 100 000 habitants de médecins en activité régulière salariée entre 2021 et 2022	- 10.2 %
Répartition (%) départementale selon le mode d'exercice des nouveaux inscrits en 2021	-Libéral : 40.0% -Mixte : 0.0% -Remplaçant : 10.0% -Salarié : 50.0%

Figure 3.6. The burden of disease due to insufficient physical activity

The impact of insufficient physical activity (defined as less than 150 minutes per week) on number of new disease cases (thousands), total over 2022-50 and for all the 27 EU Member States



Note: Not (fully) labelled are breast cancer (108), haemorrhagic stroke (104), oesophageal cancer (14) and liver cancer (13). Graph is limited to diseases included in the OECD SPHeP-NCDs model and may not capture all diseases linked to physical inactivity. The numbers in the labels indicate the number of new disease cases due to insufficient physical activity in thousands over 2022-50.

Source: OECD SPHeP-NCDs model, 2022.

Figure 59 : Graphique de projection de l'impact de l'insuffisance d'activité physique sur la santé des habitants des pays membres de l'union européenne d'ici 2050. (137)

BOUGEZ SUR ORDONNANCE

Adoptez une activité physique adaptée !

Dans le cadre de sa politique sportive et de santé, la Ville de Montauban s'est associée au programme « Bougez sur ordonnance » porté par la Direction Régionale de la Jeunesse et de la Cohésion Sociale d'Occitanie. Ce dispositif s'adresse aux patients atteints d'Affection de longue durée (ALD) pouvant, dans le cadre d'une prescription médicale, pratiquer des activités physiques adaptées.

BOUGEZ SUR ORDONNANCE
Montauban s'engage en faveur de la santé par le sport

L'activité physique possède de très nombreuses vertus et constitue un excellent moyen de se prémunir ou vivre mieux avec une maladie chronique ou affection de longue durée (ALD).

Dix clubs sportifs s'inscrivent dans le dispositif pour réserver un accueil privilégié aux personnes orientées par leur médecin traitant pour bénéficier d'une activité physique favorable à leur santé.

La Ville de Montauban s'est donc saisie du dispositif « Bougez sur ordonnance » dans le prolongement de sa politique sportive et de son Contrat Local de Santé.

Les médecins partenaires pourront prescrire des séances d'Activités Physiques adaptées à leurs patients qui seront suivies par le coordinateur de la Ville de Montauban.

Associations/structures	Activités proposées	Limitations fonctionnelles		
		Aucune	Légère	Moderée
ASSOCIATION TENNIS MONTAUBAN	Fit Tennis, Tennis Loisirs	✓		
BOUGER POUR S'EN SORTIR	Activités Physiques Adaptées		✓	✓
LES JOURS D'APRÈS	Activités Physiques Adaptées	✓	✓	✓
HARMONIE	Gym douce, Pilate, Body Sculpt	✓		
HALTÉROPHILIE CLUB MONTAUBAN	Gym douce/musculation adaptée, Zumba	✓		
MONTAUBAN NATATION 82	Natation Santé, Natation Loisirs	✓		
MONTAUBAN ATHLÉTISME	Marche Nordique	✓		
MONTAUBAN BOXE ANGLAISE	Boxe Loisirs et Aéro-Boxe	✓		
PROFESSION SPORT 82	Multi-activités	✓		
SHARK'ADVENTURES	Multi-activités	✓		
UNION NAUTIQUE MONTAUBAN	Aéron (extérieur et intérieur)	✓		
	Activités Physiques Adaptées	✓	✓	✓

Contact du référent « Bougez sur ordonnance »
Patrick CARPENE
Responsable animation sportive / Direction Sports et Jeunesse
pcarpene@ville-montauban.fr
05 63 91 78 29

Figure 60 : Affiches publicitaires « Bougez sur ordonnance » de la ville de Montauban (169)

Promotion et prescription d'activité physique chez les patients lombalgiques : enquête de pratique des médecins généralistes du Tarn et Garonne en 2022

DIRECTEUR DE THESE : Dr MALVEZIN MARQUIS

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2023 à Toulouse

Résumé : D'ici 2050, les projections épidémiologiques estiment à 2 555 000 le nombre de nouveaux cas de lombalgie en Europe imputable à l'inactivité physique. 95% de la population française est considérée comme inactive et/ou sédentaire. Le maintien et la pratique de l'activité physique acquièrent une place centrale dans les nouvelles recommandations de la prise en charge des lombalgies. Le mal de dos est perçu par les patients comme un obstacle à la pratique de l'activité physique. Les médecins généralistes font face à un vrai défi : mettre ou remettre en mouvement leurs patients lombalgiques. L'objectif principal de ce travail est de dresser un état des lieux des pratiques actuelles des médecins généralistes inscrits à l'ordre du Tarn et Garonne, en termes de promotion et d'accompagnement à l'activité physique chez les patients atteints de lombalgies communes.

Matériel et méthode : Enquête de pratique descriptive transversale, menée à l'aide d'un questionnaire adressé à 161 médecins généralistes exerçant dans le Tarn et Garonne en novembre 2022.

Résultats : Nous avons obtenu 73 réponses à notre questionnaire. 100% des médecins généralistes réalisent la promotion de la pratique d'activité physique chez leurs patients lombalgiques. 51% franchissent le cap de la prescription et 19% organisent son suivi. Les recommandations et les prescriptions de l'activité physique des médecins sont hétérogènes et plus fréquentes dans un contexte de lombalgie chronique. Les médecins prescripteurs d'activité physique, mieux formés, plus actifs et ayant un exercice plus coordonné semblent avoir des prises en charge plus en adéquation avec les nouvelles recommandations. Le manque de temps, d'informations et de formations sont des freins importants à la mise en place de l'activité physique. Pensé initialement comme un élément facilitateur par nos instances, la récente restructuration du parcours de soins du patient lombalgique laisse émerger des incertitudes, des doutes et des craintes chez les médecins généralistes.

Conclusion : La promotion et la volonté de prescription d'activité physique des médecins généralistes du Tarn et Garonne occupent une place omniprésente dans leur prise en charge des patients lombalgiques. Il persiste toutefois des freins à la mise en place pratique de cette prescription et de son suivi. La formation, l'exercice coordonné et une meilleure optimisation de l'offre de soins semblent être de prometteuses pistes d'amélioration.

Mots clés : Lombalgie commune, activité physique, sédentarité, promotion, prévention, prescription d'activité physique adaptée, médecine générale

Promotion and prescription of physical activity in patients with low back pain : practice survey among general practitioners in Tarn et Garonne in 2022

Abstract : By 2050, epidemiological projections estimate that there will be 2 555 000 new cases of low back pain in Europe due to the burden of physical inactivity. 95% of the French population is considered inactive and/ or sedentary. Maintaining and practising physical activity has taken on a central role in the new guidelines for the management of low back pain. However, back pain is perceived by patients as a significant obstacle to physical activity. General practitioners are facing a real challenge : getting their patients with low back pain moving or getting them moving again. The main objective of this study is to draw up an inventory of the current practices practices of general practitioners registered with the Tarn and Garonne medical association, in terms of promotion and support for physical activity in patients with common low back pain

Material and method : Cross- sectional descriptive practice survey, carried out using a questionnaire sent to 161 general practitioners of the Tarn and Garonne area in November 2022.

Results : We received 73 responses to our questionnaire. 100% of general practitioners promoted physical activity for their patients with low back pain. 51% prescribed physical activity and 19% organised follow-up. Doctor's recommendations and prescriptions for physical activity are heterogeneous and more frequent in the context of chronic low back pain. General practitioners who prescribe physical activity, who are better trained, more active and more coordinated in their practice, seem to be more in line with the new guidelines. Lack of time, information and training are major obstacles to the implementation of physical activity. Initially thought to be a facilitating factor by our authorities, the recent restructuring of the care pathway for patients with low back pain has led to the emergence of uncertainty, doubts and fears among general practitioners.

Conclusion : The promotion and willingness to prescribe physical activity by general practitioners in the Tarn and Garonne occupies an ubiquitous place in their management of patients with low back pain. However, there are still obstacles to the practical implementation of this prescription and follow up. Training, coordinated practice and better optimization of the care offer seem to be promising areas for improvement.

Keywords : Common low back pain, physical activity, sedentary lifestyle, promotion, prevention, prescription of adapted physical activity general practitioners

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE
