

Année 2024

2024 TOU3 1056

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Estelle MALASSIS

Le 10 juin 2024

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER : ÉTUDE DE L'IMPACT DE LA MISE À DISPOSITION D'OUTILS D'AIDE À LA PRESCRIPTION ET À L'ORIENTATION AU SEIN DE LA CPTS DU GRAND GAILLACOIS

Directeur de thèse : Dr Théophile COMBES

JURY :

Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT

Monsieur le Docteur Yohann VERGÈS

Monsieur le Docteur Théophile COMBES

Président

Assesseur

Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Huques	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 Francois
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE 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. BROS 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 Huques	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-SCHWEITZER 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. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-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. FABIE 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. VAYSSÉ 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 Huques
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. MALVAUD 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 MAZEREUW 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	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-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)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologique	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
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. SAILLER 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-Muriel	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 GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIÈRE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
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.		Professeurs Associés
2ème classe		
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. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUD Sandra
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	Anatomie 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 Loic	Hématologie	
P.U. Médecine générale		
M. MESTHÉ Pierre		
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol 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 Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP 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 DAMASE 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. GASO David	Physiologie	Mme VIJA I avinia	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 Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements

Aux membres du jury

A ma présidente de jury, **Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

A mon juge, **Monsieur le Docteur Yohann VERGÈS**

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer ce travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

A mon juge et directeur de thèse, **Monsieur le Docteur Théophile COMBES**

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et de le juger aujourd'hui. Merci pour ta confiance et ta bienveillance lors de ce travail, mais également en tant que maître de stage.

A mes pairs

Aux médecins qui ont participé à cette étude, je vous remercie infiniment pour l'intérêt porté à mon travail. J'espère qu'il pourra vous être utile.

A mes maîtres de stage, ambulatoires et hospitaliers, aux équipes soignantes et à mes co-internes, auprès de qui j'ai énormément appris tout au long de l'internat. Et maintenant à ceux qui m'accueillent dans leurs cabinets en remplacement, merci pour votre confiance.

A ma famille et mes amis

A ma sœur Floriane, merci pour tout. Notre complicité est mon pilier. Merci pour ta bienveillance, ton soutien inconditionnel et tes précieux conseils. Je suis si fière de toi et de ton parcours, tu es un exemple d'humanité, de courage et de ténacité.

A mes parents, qui ont toujours été là pour moi. Vous m'avez transmis la soif d'apprendre, le goût des autres et du travail bien fait, l'amour de la montagne. Merci de m'avoir accompagnée et soutenue pendant ces longues années d'études, des premiers instants de la première année jusqu'à ce jour de soutenance. Merci pour votre amour.

A mes grands-mères, pour leur soutien, leur écoute et leurs attentions. Merci pour tous les instants partagés et les souvenirs. A mes cousins et cousines, mes oncles et tantes, pour les mêmes raisons. A mes grands-pères.

A Justine, ma meilleure amie. Merci pour les éclats de rire et les bêtises depuis plus de 25 ans. Merci de toujours occuper cette place si spéciale dans ma vie. Même si on a pas mené à terme notre carrière de reporters, on s'est plutôt pas mal débrouillées !

A mes Drôles de Dames, de la maternelle au lycée, et pour toujours. Je mesure la chance immense que j'ai eu de grandir et d'avancer à vos côtés. Pendant toutes ces années nous avons ri, pleuré, dansé. Nous nous sommes encouragées, rassurées, consolées. Les années passent et l'amour reste.

A Jane, Hélène, Laura et Lucie. Ces études furent une sacrée aventure et je suis heureuse d'avoir partagé tous ces moments, les meilleurs comme les plus durs, avec vous. Mention spéciale aux goûters pré-conférences, aux gribouillis sur les collègues et aux débrief de gardes.

Aux Carcassonnais de cœur, Jessica, Florent et Keshia. Merci pour nos échanges passionnés, les escape game qui font peur et les aventures gastronomiques.

A Agnès et Pascal, merci pour votre soutien depuis plus de 10 ans et pour votre présence en ce jour si particulier.

A mes relecteurs et relectrices, qui ont vu passer des monstruosité et qui m'aiment quand même.

A Hugues, à notre complicité, nos projets, notre amour. Merci pour ton soutien indéfectible pendant toutes ces années, merci d'y avoir cru lorsque je n'y croyais plus. Je sais ce que je te dois, si j'en suis là aujourd'hui c'est en grande partie grâce à toi. Une page se tourne, le meilleur est à venir. J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve.

Table des matières

Liste des annexes.....	3
Liste des illustrations.....	4
Glossaire.....	5
Introduction.....	7
Matériel et méthode.....	11
1. Type d'étude et méthode d'intervention.....	11
2. Objectifs de l'étude.....	11
3. Population de l'étude.....	11
4. Déroulement de l'étude.....	12
5. Elaboration des questionnaires.....	12
6. Elaboration du dossier documentaire.....	13
a. Annuaire.....	13
b. Fiche d'aide à la prescription.....	13
c. Modèle type de formulaire de prescription d'APA.....	14
7. Analyse statistique.....	14
Résultats.....	15
1. Caractéristiques de la population.....	15
2. Réalisation d'une prescription d'APA dans le cadre du cancer et quantification.....	15
3. Niveau d'aise dans la prescription d'APA chez les patients atteints de cancer.....	16
4. Obstacles à la prescription d'APA chez les patients atteints de cancer.....	16
a. Mauvaise connaissance de l'APA et de ses bénéfices chez les patients atteints de cancer.....	16
b. Difficultés à formuler la prescription.....	17
c. Difficultés à évaluer le niveau de limitation fonctionnelle du patient.....	17
d. Manque de temps à y consacrer.....	18
e. Absence de cotation spécifique pour la consultation de prescription d'APA.....	18
f. Absence de prise en charge financière pour le patient.....	19
g. Difficulté à trouver des structures / professionnels vers lesquels orienter les patients.....	19
h. Difficulté à identifier la structure / le professionnel adapté(e) au niveau de limitation fonctionnelle du patient.....	20
i. Refus ou manque de motivation du patient.....	20
5. Attitude dans la promotion de l'activité physique auprès des patients atteints de cancer.....	21
6. Connaissance de l'offre locale en APA et orientation.....	22
7. Apports du dossier documentaire.....	23
a. Utilité ressentie avant intervention.....	23

b. Utilisation du dossier documentaire.....	23
c. Niveau de satisfaction concernant l’annuaire et la fiche d’aide à la prescription.....	23
d. Autres utilisations du dossier documentaire.....	24
8. Identification d’actions complémentaires.....	25
Discussion.....	27
1. Résultat principal.....	27
2. Forces et limites de l’étude.....	27
a. Les forces de l’étude.....	27
b. Les limites de l’étude.....	28
3. Analyse des résultats.....	30
a. Des changements dans l’attitude de promotion de la pratique d’activité physique.....	30
b. Une évolution positive de la connaissance de l’offre locale en APA.....	31
c. Une connaissance limitée des professionnels de l’APA.....	31
d. Une amélioration du niveau d’aise à la prescription.....	33
e. Des obstacles qui persistent et se renforcent après intervention.....	33
f. Le suivi par le MG du patient atteint de cancer à renforcer.....	35
4. Enjeux et perspectives.....	36
Conclusion.....	39
Références bibliographiques.....	41
Annexes.....	45

Liste des annexes

Annexe 1 : Annuaire des professionnels et structures de l'APA du secteur du Grand Gaillacois.....	45
Annexe 2 : Fiche d'aide à la prescription d'APA chez les patients atteints de cancer et ses annexes	49
Annexe 3 : Modèle type de formulaire de prescription d'APA.....	53
Annexe 4 : E-mail adressé en juillet 2023 aux médecins généralistes de la CPTS du Grand Gaillacois pour leur présenter le projet de thèse	54
Annexe 5 : Premier questionnaire.....	55
Annexe 6 : Lettre accompagnant le premier questionnaire.....	59
Annexe 7 : Lettre accompagnant le dossier documentaire.....	60
Annexe 8 : Deuxième questionnaire.....	61
Annexe 9 : Lettre accompagnant le deuxième questionnaire.....	65

Liste des illustrations

Figure 1 : « Avez-vous déjà réalisé une prescription d'APA chez un patient atteint de cancer ? ».....	15
Figure 2 : « Vous sentez-vous à l'aise dans la rédaction d'une prescription d'APA chez le patient atteint de cancer ? ».....	16
Figure 3 : « La mauvaise connaissance de l'APA et de ses bénéfices est-elle un obstacle à votre prescription d'APA ? ».....	17
Figure 4 : « Les difficultés à formuler la prescription sont-elles un obstacle à votre prescription d'APA ? ».....	17
Figure 5 : « Les difficultés à évaluer le niveau de limitation fonctionnelle du patient sont-elles un obstacle à votre prescription d'APA ? ».....	18
Figure 6 : « Le manque de temps à y consacrer est-il un obstacle à votre prescription d'APA ? ».....	18
Figure 7 : « L'absence de cotation spécifique pour la consultation de prescription d'APA est-elle un obstacle à votre prescription d'APA ? ».....	19
Figure 8 : « L'absence de prise en charge financière pour le patient est-elle un obstacle à votre prescription d'APA ? ».....	19
Figure 9 : « La difficulté à identifier des structures/professionnels où orienter le patient est-elle un obstacle à votre prescription d'APA ? ».....	20
Figure 10 : « La difficulté à identifier la structure/le professionnel adapté(e) au niveau de limitation fonctionnelle du patient est-elle un obstacle à votre prescription d'APA ? ».....	20
Figure 11 : « Le refus ou manque de motivation du patient est-il un obstacle à votre prescription d'APA ? ».....	21
Figure 12 : « A quelle fréquence évoquez-vous la pratique d'activité physique avec vos patients atteints de cancer ? ».....	21
Figure 13 : « Quelle(s) approche(s) adoptez-vous sur la question de la pratique d'activité physique auprès de vos patients atteints de cancer ? ».....	22
Figure 14 : « Comment évaluez-vous votre connaissance des structures et professionnels de l'APA de votre secteur d'exercice ? ».....	22

Glossaire

ALD	affection longue durée
APA	activité physique adaptée
ARS	Agence régionale de santé
ASALEE	Action Santé Libérale en Equipe
CDOS	Comité Départemental Olympique et Sportif
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
INCa	Institut National du Cancer
INJEP	Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MG	médecin généraliste
MSS	Maison Sport Santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RUBieS	Rugby Union Bien Être Santé

Introduction

En France, depuis plusieurs années, le cancer est la première cause de décès (25,7% des décès en 2021). Il s'agit de la première cause de décès chez les hommes et de la deuxième chez les femmes (1).

En 2023, le nombre de nouveaux cas de cancer en France est estimé à 433 136, dont 57% chez l'homme et 43% chez la femme. Ce nombre est en augmentation depuis 2018, où il était évalué à 382 000. En parallèle de cette augmentation de l'incidence, liée à l'augmentation et au vieillissement de la population, le taux de mortalité diminue grâce aux diagnostics plus précoces et aux avancées thérapeutiques (2,3).

Ainsi la prévalence des cancers augmente et en 2017 en France métropolitaine on estimait à 3,8 millions le nombre de personnes en vie ayant eu un diagnostic de cancer au cours de leur vie (3).

Ces patients doivent vivre avec les symptômes liés à la maladie et les effets indésirables des traitements. Ces troubles perturbant le quotidien des patients sont très divers et concernent la santé physique comme psychique, avec des répercussions sur la vie personnelle et professionnelle. Le déconditionnement physique, la fatigue, les douleurs et les troubles anxio-dépressifs sont les principales conséquences du cancer et de ses traitements. Cependant, elles ne se limitent pas à la phase active des traitements et s'inscrivent dans la durée (4,5).

L'étude VICAN 5, publiée en 2018 par l'Institut National du Cancer (INCa), explore les différents aspects de la vie des patients 5 ans après le diagnostic d'un cancer. 63,5% des patients interrogés déclarent avoir conservé des séquelles de leur maladie ou des traitements. Les séquelles physiques le plus souvent rapportées spontanément sont les modifications de l'image du corps, les douleurs et la fatigue chronique. Les participants à l'étude déclarent également une qualité de vie dégradée et une restriction d'activité physique marquée, en comparaison avec la population générale. 32,5% des participants rapportent une altération persistante de leur qualité de vie mentale (6).

Les études montrent que la majorité des patients atteints de cancer réduisent ou interrompent complètement leur activité physique après un diagnostic de cancer et que 50 à 75% d'entre eux n'atteignent pas les recommandations d'activité physique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (5). L'étude VICAN 5 précise que réduction et abandon de l'activité physique sont plus fréquents parmi les patients souffrant de séquelles, principalement de fatigue ou de troubles psychologiques (6).

Depuis 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) reconnaît l'activité physique et sportive comme une thérapeutique non médicamenteuse à part entière.

Les bénéfices de la pratique d'activité physique chez les patients atteints de cancer sont maintenant bien connus et ont été documentés par de nombreuses études et méta-analyses reprenant ces études, justifiant ainsi sa promotion aussi bien pendant qu'après les traitements. Ces travaux montrent que l'activité physique permet notamment de prévenir et corriger le déconditionnement physique, d'améliorer la composition corporelle (réduction de la masse grasse et maintien voire augmentation de la masse maigre) et a un impact positif sur la tolérance des traitements. De plus, l'activité physique améliore la qualité de vie en réduisant la perception de la fatigue et la douleur, ainsi que par son impact positif sur les symptômes anxio-dépressifs, l'estime de soi et l'image corporelle (4,5). Il est démontré que les effets bénéfiques sont d'autant plus importants que l'activité physique est commencée (ou préservée) tôt après le diagnostic de cancer. A plus long terme, la pratique d'une activité physique permet une diminution de la mortalité globale, du risque de récurrence et du risque de second cancer (4,6).

Les études montrent de nombreux freins à la pratique d'activité physique chez les patients atteints de cancer. Le déconditionnement physique, les limitations fonctionnelles (locomotrices, cérébrales, sensorielles, douleur), le manque de motivation et les croyances négatives complexifient le retour à l'activité physique. Pour ces patients, une adaptation de l'activité physique est nécessaire afin de permettre un retour progressif, personnalisé et sécurisé à la pratique, dans un objectif d'autonomisation et d'intégration au mode de vie sur le long terme (4).

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 introduit que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient » (7). Des modifications ont par la suite été apportées, permettant notamment d'ouvrir la prescription aux médecins autres que le médecin traitant et d'élargir les indications aux patients non porteurs d'affection longue durée (ALD), sous certaines conditions (8).

Depuis 2016, l'activité physique adaptée (APA) est intégrée aux soins oncologiques de support. Depuis 2020, elle est intégrée dans le parcours de soins global après le traitement d'un cancer. Ainsi, il est possible dans le cadre de ce parcours de prescrire un bilan fonctionnel et motivationnel d'APA, pouvant aboutir à l'élaboration d'un projet d'APA (9).

Cette importance de l'activité physique dans le parcours de soins des patients atteints de cancer est de plus en plus soulignée par les différentes organisations de santé françaises.

L'un des principaux axes défini par l'INCa dans sa stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 est la limitation des séquelles et l'amélioration de la qualité de vie. Elle fixe l'objectif de réduire de 2/3 à 1/3 la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un diagnostic. Pour y parvenir, un renforcement de l'offre en soins de support est nécessaire (10). Pour les patients atteints de cancer de mauvais pronostic, l'INCa précise que « l'activité

physique adaptée sera intégrée largement, pour ses bénéfiques dans la lutte contre la fatigue et les symptômes, mais aussi pour engager la démarche de prévention tertiaire des survivants de façon précoce » (10).

Le développement de l'offre et du recours à l'APA à des fins thérapeutiques est l'un des principaux enjeux de la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024. Les objectifs définis sont notamment de favoriser le recours à la prescription et à la dispensation de l'APA et renforcer la coordination interdisciplinaire. Pour y parvenir, les actions suivantes sont notamment proposées : « recenser l'offre d'APA, développer la pratique d'APA pour les personnes atteintes de maladie chronique, développer le recours à la prescription d'APA par les médecins et développer les compétences des professionnels de santé et du sport intervenant dans le champ de l'APA et favoriser l'interdisciplinarité » (11).

Dans cette optique, la HAS a publié en 2022 un ensemble de référentiels à destination des prescripteurs, visant à aider à l'évaluation de la condition physique du patient et à la prescription d'activité physique par pathologie. Parmi ces documents se trouve un référentiel pour la prescription d'activité physique chez les patients atteints de cancer.

En juillet 2023, dans ses propositions pour 2024 pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, l'Assurance Maladie propose la prise en charge financière partielle des prestations d'APA chez les patients atteints de cancer (12). Selon ces préconisations, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2024 prévoit l'expérimentation, par certaines agences régionales de santé (ARS) et pendant 2 ans, du financement d'un parcours d'APA sur prescription médicale chez les patients traités pour un cancer (13).

Si la pratique d'activité physique, notamment adaptée, dans le parcours de soins est encouragée par les organisations de santé françaises, les études montrent que le niveau de prescription d'APA reste faible.

Ces dernières années plusieurs travaux de recherche, principalement des thèses, ont étudié les freins et les leviers à la prescription d'APA chez les médecins généralistes (MG), dans le cadre du cancer et d'autres pathologies chroniques. L'INCa s'est également intéressé au sujet en 2021 dans le cadre de deux enquêtes, l'une visant à quantifier la pratique de prescription d'activité physique par les MG et l'autre, qualitative, analysant les freins et les leviers à cette prescription (14).

Ces travaux montrent que l'un des principaux freins à la prescription déclaré par les MG est la mauvaise connaissance des structures locales prenant en charge les prescriptions d'APA (14–18). La Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 prévoyait le recensement de l'offre existante en APA et une meilleure visibilité de celle-ci auprès des professionnels de santé par l'intermédiaire d'outils numériques. A l'heure actuelle, la consultation de ces outils montre un recensement des structures incomplet (11).

L'un des autres freins mis en évidence par les MG est le manque de formation et d'information sur l'APA et sa prescription (14–18). Les principaux outils d'aide à la

prescription d'APA mis à disposition des médecins sont le Médicosport Santé et les guides édités par la HAS. Une récente étude a mis en évidence que ces outils sont considérés comme trop complexes par une partie des médecins (18). Plusieurs travaux de recherche ont montré que, outre la participation à des formations, les MG sont demandeurs d'outils d'aide à la prescription simples et pratiques (14,17,18).

Les freins à la prescription d'APA par le MG sont maintenant bien documentés. Leur connaissance permet de définir des axes d'amélioration et des leviers d'action afin de promouvoir cette prescription.

L'enjeu du travail qui va suivre est d'évaluer les effets de la mise à disposition d'outils d'aide à la prescription et à l'orientation des patients sur les pratiques de prescription d'APA des MG chez les patients atteints de cancer.

Matériel et méthode

1. Type d'étude et méthode d'intervention

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective monocentrique avant-après.

Elle cherche à évaluer l'évolution des pratiques de prescription d'APA chez les patients atteints de cancer par les MG, avant et après intervention.

L'intervention consiste en la mise à disposition d'un dossier documentaire contenant un annuaire des professionnels et structures de l'APA du secteur du Grand Gaillacois (annexe 1), une fiche d'aide à la prescription d'APA chez les patients atteints de cancer (annexe 2) et un modèle type de formulaire de prescription (annexe 3).

D'un point de vue réglementaire, cette étude est conforme à la méthodologie de référence MR-004 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et est inscrite au registre interne du département universitaire de médecine générale de la Faculté de Toulouse.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est d'étudier l'impact de la mise à disposition d'outils d'aide à la prescription et à l'orientation sur la prescription d'APA par les MG chez les patients atteints de cancer au sein de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Grand Gaillacois.

Les objectifs secondaires sont :

- Etudier la connaissance de l'offre locale d'APA et son évolution ;
- Identifier des changements dans la perception de la difficulté et des obstacles à la prescription d'APA ;
- Identifier les forces et faiblesses de l'annuaire et de la fiche d'aide à la prescription ainsi que les axes d'amélioration ;
- Identifier d'autres utilisations du dossier documentaire, en dehors de la prescription d'APA chez le patient atteint de cancer ;
- Identifier d'autres actions susceptibles de favoriser la prescription d'APA par le MG.

3. Population de l'étude

La population étudiée est l'ensemble des MG installés exerçant sur le territoire de la CPTS du Grand Gaillacois. N'étaient pas inclus les MG n'exerçant pas une activité libérale, les MG non installés (remplaçants, internes) et les MG exerçant en dehors du territoire de la

CPTS du Grand Gaillacois. Un médecin a été exclu du fait de son implication dans ce travail en qualité de directeur de thèse.

Le recrutement a été fait via l'annuaire interne des MG de la CPTS du Grand Gaillacois.

4. Déroulement de l'étude

Un premier e-mail a été adressé à la population d'étude mi-juillet 2023 afin de leur présenter le projet de thèse et ses différentes étapes (annexe 4).

Le premier questionnaire visant à évaluer les pratiques des MG a été envoyé par voie postale à la population d'étude fin juillet 2023. Le courrier contenait le questionnaire (annexe 5), la lettre d'accompagnement (annexe 6) et une enveloppe préaffranchie pour faciliter le retour. Deux relances par e-mail ont été effectuées, en septembre puis début octobre 2023.

Le dossier documentaire d'aide à la prescription a été remis aux participants les 21 et 22 novembre 2023. Des enveloppes contenant les différents éléments du dossier documentaire avec courrier d'accompagnement (annexe 7) ont été remises sur deux jours consécutifs à tous les participants, déposé en boîte aux lettres ou au secrétariat lorsque cela était possible. Une version numérique du dossier a également été envoyée par e-mail à l'ensemble des participants.

Le deuxième questionnaire visant à rechercher une évolution des pratiques des MG et recueillir leur opinion sur le dossier documentaire a été envoyé aux participants par voie postale le 23 février 2024, soit 3 mois après la mise à disposition du dossier documentaire. Le courrier contenait le questionnaire (annexe 8), la lettre d'accompagnement (annexe 9) et une enveloppe préaffranchie pour faciliter le retour. Trois relances par e-mail ont été effectuées, fin février puis en mars 2024.

Dans une optique de comparaison avant-après, le dossier documentaire et le deuxième questionnaire n'ont été adressés qu'aux médecins ayant répondu au premier questionnaire.

5. Elaboration des questionnaires

Les questionnaires, conçus pour être remplis en 5 à 7 minutes, comprenaient 16 questions pour le premier questionnaire et 19 questions pour le deuxième questionnaire.

Nous avons privilégié des questions fermées à choix unique ou multiple, et des questions ordinales avec échelle de Lickert à 5 modalités. Une question numérique a été utilisée pour le nombre de prescriptions d'APA réalisées dans les 3 derniers mois.

Dans l'optique de comparaison avant/après, 9 questions étaient communes aux 2 questionnaires. Ces questions portaient sur les habitudes de promotion de l'activité physique auprès des patients atteints de cancer, l'antériorité de prescription d'APA et sa quantification, le niveau d'aise et les obstacles ressentis à la prescription d'APA, la connaissance de l'offre locale en APA et l'orientation vers celle-ci. Le premier questionnaire comportait des

questions sur les caractéristiques de l'échantillon étudié (tranche d'âge, genre, formation en médecine du sport). Le deuxième questionnaire comportait des questions sur l'utilisation du dossier documentaire, le niveau de satisfaction apporté par les documents proposés, les éventuelles autres utilisations du dossier documentaire.

Les questionnaires ont été testés auprès de 4 MG hors population d'étude afin d'en évaluer la clarté et le temps de remplissage. Les items litigieux ont été modifiés.

6. Elaboration du dossier documentaire

Le dossier documentaire comporte un annuaire des professionnels de l'APA du secteur du Grand Gaillacois, une fiche d'aide à la prescription d'APA chez les patients atteints de cancer accompagnée d'une fiche d'annexes et un modèle type de formulaire de prescription d'APA.

a. Annuaire

L'annuaire a été construit à l'aide des ressources en ligne référençant les structures en APA présentes sur le territoire de la CPTS du Grand Gaillacois. Il s'agit des outils suivants : cartographie des offres sport-santé sur le site Occitanie Sport Santé (ARS Occitanie) (19) et offre en sport santé sur le site du Comité Départemental Olympique et Sportif (CDOS) du Tarn (20).

Les informations tirées de ces ressources ont été complétées par une base de données fournie par la coordinatrice départementale Sport Santé du CDOS du Tarn.

Les structures existantes en dehors du territoire de la CPTS n'ont pas été incluses dans un souci de lisibilité et afin de respecter la limitation de l'étude au territoire de la CPTS. Une exception a été faite pour les Maisons Sport Santé localisées à Albi et pour des structures associatives n'existant pas sur le territoire de la CPTS et dont l'orientation spécifiquement pour les patients atteints de cancer présentait un intérêt particulier (RUBieS, Dragon Ladies, Gym après cancer).

Pour chaque structure, nous avons vérifié que les qualifications pour l'encadrement d'APA étaient validées et défini le niveau de limitation fonctionnelle pouvant être pris en charge au vu de ces qualifications, selon les recommandations. Les sites internet des structures, lorsque disponibles, ont été utilisés.

b. Fiche d'aide à la prescription

La fiche d'aide à la prescription est une synthèse principalement rédigée sur la base des documents d'aide à la prescription mis à disposition par la HAS (21–23) et des recommandations de l'INCa (4). Elle est accompagnée d'une fiche d'annexes contenant des informations complémentaires.

La fiche est organisée en 5 axes, suivis des références. La première partie détaille les bénéfices de la pratique d'activité physique chez les patients atteints de cancer. La deuxième partie synthétise les grands principes de l'APA : objectifs, cadre légal, conditions d'accès, conditions de dispensation. La troisième partie détaille les points importants de la consultation d'APA chez le patient atteint de cancer : recherche des contre-indications et précautions particulières, évaluation du niveau de risque cardio-vasculaire, évaluation de la condition physique, entretien motivationnel et détermination du niveau de limitation fonctionnelle. La quatrième partie renseigne sur le contenu de la prescription d'APA.

c. Modèle type de formulaire de prescription d'APA

Le modèle de formulaire de prescription est rédigé sur la base des 2 formulaires de prescription validés suivants :

- Le formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants, en annexe de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (24) ;
- Le formulaire type de prescription d'APA présent dans le kit d'aide à la prescription d'activité physique édité par l'association Azur Sport Santé (Centre de ressources et d'expertises du sport santé pour la région PACA Est) (25).

7. Analyse statistique

Les données recueillies, une fois anonymisées, ont été traitées à l'aide du logiciel Excel.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel BiostaTGV.

Les variables qualitatives nominales binaires ont été comparées à l'aide du test de Mac-Nemar pour les groupes appariés et du test exact de Fisher pour les groupes indépendants. Les variables qualitatives ordinales ont été comparées à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon pour les échantillons appariés.

Le seuil de significativité retenu était de 5% ($p < 0.05$).

Résultats

1. Caractéristiques de la population

La population étudiée est de 46 médecins (21 hommes et 25 femmes).

27 médecins ont répondu au premier questionnaire (Q1).

3 des médecins ayant répondu au Q1 ont été exclus de l'étude puisqu'ils ne pouvaient prendre part à l'intervention de façon adéquate (pour cause de départ en congé maternité pour l'une d'entre eux et pour cause de départ en retraite pour deux d'entre eux). Le deuxième questionnaire (Q2) ne leur a donc pas été adressé. Les résultats donnés pour le Q1 par la suite sont ceux obtenus après exclusion des 3 médecins ci-dessus.

Les 24 médecins inclus et sollicités pour répondre au Q2 y ont répondu.

Ainsi 24 médecins ont été inclus dans l'analyse avant/après, soit un taux de participation à l'étude de 52%.

Les répondants étaient à 37.5% des hommes (n=9) et 62.5% des femmes (n=15).

La répartition par tranche d'âge était la suivante : 33.33% (n=8) des participants avaient moins de 40 ans, 45.83% (n=11) avaient entre 40 et 60 ans et 20.83% (n=5) avaient plus de 60 ans. Parmi les répondants, 12.5% (n=3) avaient une formation en médecine du sport.

2. Réalisation d'une prescription d'APA dans le cadre du cancer et quantification

Après intervention, nous avons constaté une augmentation du nombre de médecins ayant déjà prescrit de l'APA chez un patient atteint de cancer (16.67% soit n=4 dans le Q1, 37.50% soit n=9 dans le Q2 ; $p=0.074$) (Figure 1).

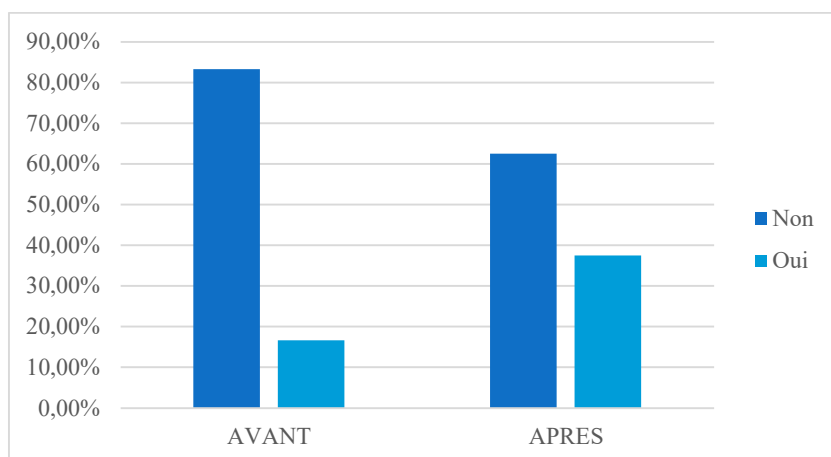


Figure 1 : Avez-vous déjà réalisé une prescription d'APA chez un patient atteint de cancer ?

Dans le Q2, le nombre de médecins prescripteurs d'APA était significativement plus important chez les utilisateurs du dossier documentaire (70%, n=7) que chez les non utilisateurs (14.29%, n=2 ; p=0.010).

Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la prescription d'APA et le genre, ni avec la catégorie d'âge, ni avec le fait d'avoir ou non une formation en médecine du sport.

Concernant la quantification des prescriptions d'APA par les médecins ayant déjà prescrit :

- Dans le Q1, le nombre de prescriptions dans les 3 mois précédents était évalué à 3 par 1 médecin, 1 par 1 médecin et 0 par 2 médecins ;
- Dans le Q2, le nombre de prescriptions dans les 3 mois précédents était estimé à 4 par 1 médecin, 2 par 1 médecin, 1 par 6 médecins et 0 par 1 médecin.

3. Niveau d'aise dans la prescription d'APA chez les patients atteints de cancer

La proportion de répondants s'estimant à l'aise dans la rédaction d'une prescription d'APA chez un patient atteint de cancer a augmenté significativement (p=0.0066) entre avant (20.83%, n=5) et après intervention (37.50%, n=8) (Figure 2).

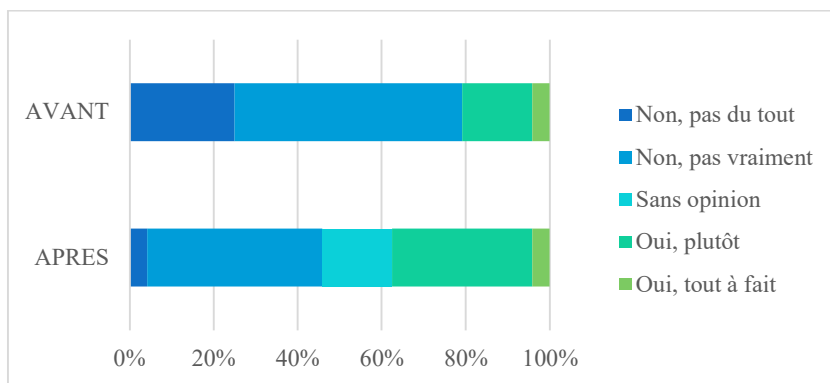


Figure 2 : Vous sentez-vous à l'aise dans la rédaction d'une prescription d'APA chez le patient atteint de cancer ?

Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre le niveau d'aise ressenti et le fait d'avoir prescrit de l'APA, ni avant ni après intervention.

4. Obstacles à la prescription d'APA chez les patients atteints de cancer

- a. Mauvaise connaissance de l'APA et de ses bénéfices chez le patient atteint de cancer

Dans le Q1, 37.50% (n=9) des médecins considéraient que la mauvaise connaissance de l'APA et de ses bénéfices représentait un frein à leur prescription. Ce taux a significativement diminué dans le Q2 où ils n'étaient plus que 12.50% (n=3) à le penser (p=0.013) (Figure 3).

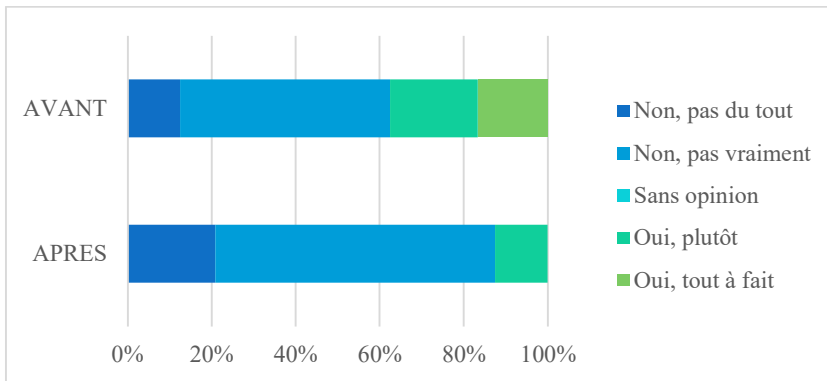


Figure 3 : « La mauvaise connaissance de l'APA et de ses bénéfices est-elle un obstacle à votre prescription d'APA ? »

b. Difficultés à formuler la prescription

Dans le Q1, 79.16% (n=19) des répondants considéraient que les difficultés à formuler la prescription étaient un obstacle à leur prescription d'APA. Ce taux a significativement diminué à 37.5% (n=9) dans le Q2 (p=0.001) (Figure 4).

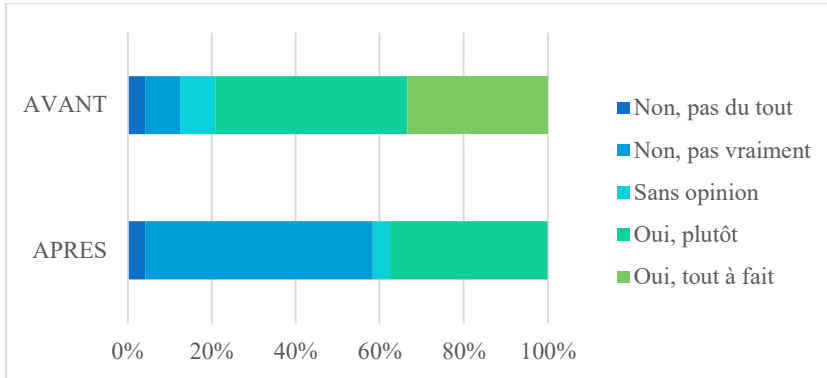


Figure 4 : « Les difficultés à formuler la prescription sont-elles un obstacle à votre prescription d'APA ? »

c. Difficultés à évaluer le niveau de limitation fonctionnelle du patient

Les médecins considérant la difficulté à évaluer le niveau de limitation fonctionnelle du patient comme un obstacle à leur prescription d'APA étaient respectivement 45.83 % (n=11) avant intervention et 58.33 % (n=13) après intervention (p=0.47) (Figure 5).

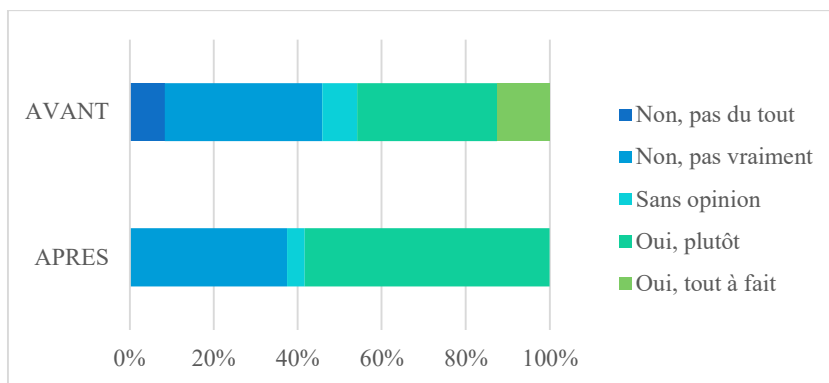


Figure 5 : « Les difficultés à évaluer le niveau de limitation fonctionnelle du patient sont-elles un obstacle à votre prescription d'APA ? »

d. Manque de temps à y consacrer

La proportion de médecins considérant le manque de temps à y consacrer comme un obstacle à leur prescription d'APA a augmenté entre le Q1 et le Q2, passant de 50% (n=12) à 66.67% (n=16 ; p=0.45) (Figure 6).

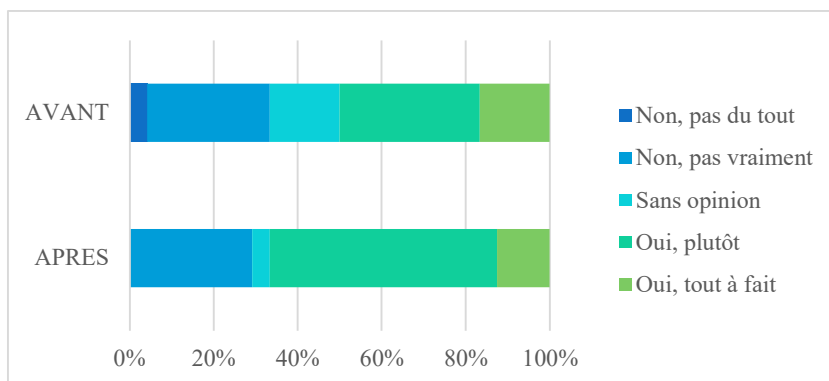


Figure 6 : « Le manque de temps à y consacrer est-il un obstacle à votre prescription d'APA ? »

e. Absence de cotation spécifique pour la consultation de prescription d'APA

Concernant l'absence de cotation spécifique, avant intervention, les répondants étaient partagés : 29.17% (n=7) y voyaient un obstacle, 50% (n=12) n'y voyaient pas d'obstacle et 20.83% (n=5) ne se prononçaient pas. Les réponses évoluaient peu après intervention (p=0.33), respectivement 20.83% (n=5), 54.17% (n=13) et 25% (n=6 ; p=0.33) (Figure 7).

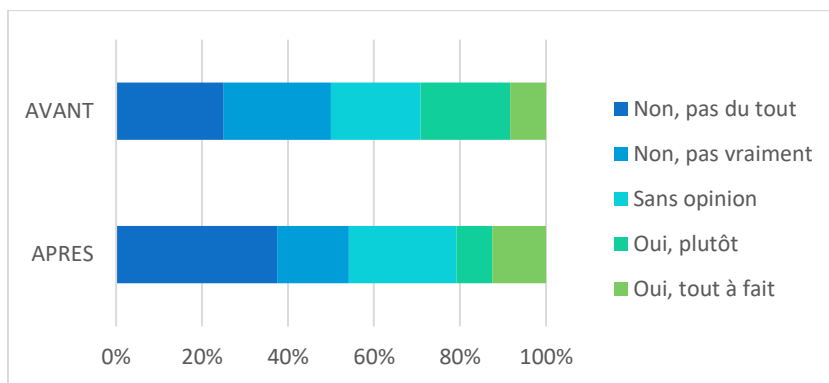


Figure 7 : « L'absence de cotation spécifique pour la consultation de prescription d'APA est-elle un obstacle à votre prescription d'APA ? »

f. Absence de prise en charge financière pour le patient

La proportion de médecins considérant l'absence de prise en charge financière pour le patient comme un obstacle à leur prescription était de 50% (n=12) avant intervention et augmentait à 70.83% (n=17) après intervention (p=0.16) (Figure 8).

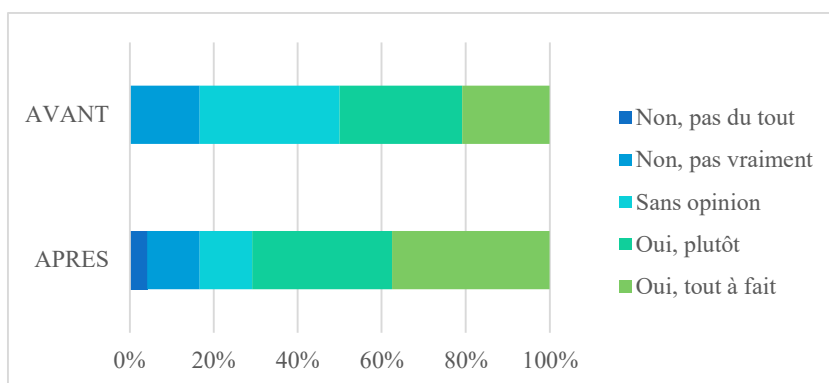


Figure 8 : « L'absence de prise en charge financière pour le patient est-elle un obstacle à votre prescription d'APA ? »

g. Difficulté à trouver des structures / professionnels vers lesquels orienter les patients

Dans le Q1, 95.83% (n=23) des médecins considéraient que la difficulté à trouver des structures / professionnels vers lesquels orienter les patients était un obstacle à leur prescription. Ce taux a baissé de façon significative à 54.17% (n=13) dans le Q2 (p=0.0005) (Figure 9).

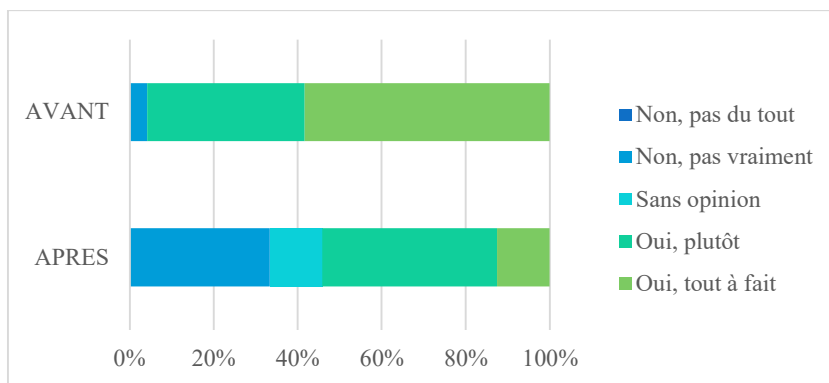


Figure 9 : « La difficulté à identifier des structures/professionnels où orienter le patient est-elle un obstacle à votre prescription d'APA ? »

h. Difficulté à identifier la structure / le professionnel adapté(e) au niveau de limitation fonctionnelle du patient

La difficulté à identifier la structure / le professionnel adapté(e) au niveau de limitation fonctionnelle du patient était considérée comme un obstacle à la prescription par 95.83% (n=23) des médecins avant intervention. Cette proportion a significativement diminué à 70.83% (n=13) après intervention (p=0.00093) (Figure 10).

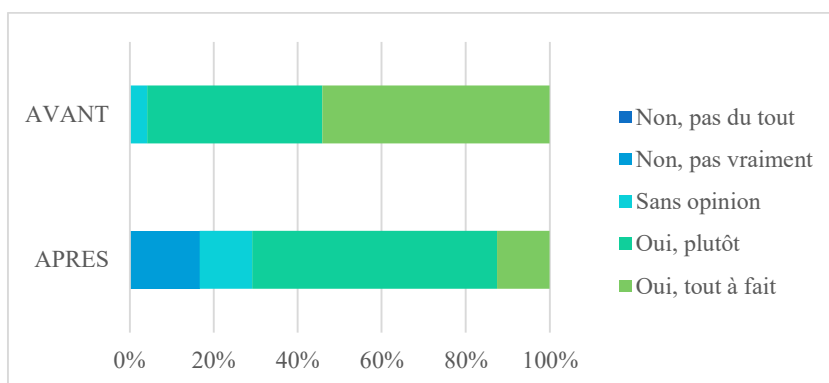


Figure 10 : « La difficulté à identifier la structure/le professionnel adapté(e) au niveau de limitation fonctionnelle du patient est-elle un obstacle à votre prescription d'APA ? »

i. Refus ou manque de motivation du patient

La proportion de médecins considérant le refus ou manque de motivation du patient comme un frein à la prescription était de 20.83% (n=5) avant intervention et augmentait à 41.67% (n=10) après intervention (p=0.185). A noter la proportion élevée de répondants qui ne se prononçaient pas : 20.83% (n=5) avant intervention et 29.17% (n=7) après intervention (Figure 11).

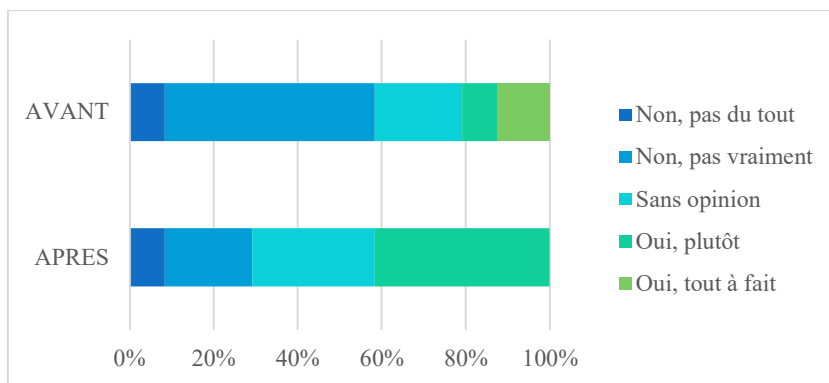


Figure 11 : « Le refus ou manque de motivation du patient est-il un obstacle à votre prescription d'APA ? »

5. Attitude dans la promotion de l'activité physique auprès des patients atteints de cancer

Dans le Q1, la totalité des médecins considérait que la promotion et la prescription d'activité physique dans le parcours de soins du patient atteint de cancer faisait partie des missions du MG.

Avant intervention, il y avait autant de répondants (45.83%, n=11) évoquant la pratique d'activité physique auprès des patients atteints de cancer rarement que souvent. Après intervention, ils étaient significativement plus nombreux à déclarer l'évoquer souvent (58.33%, n=14 ; p=0.019) (Figure 12).

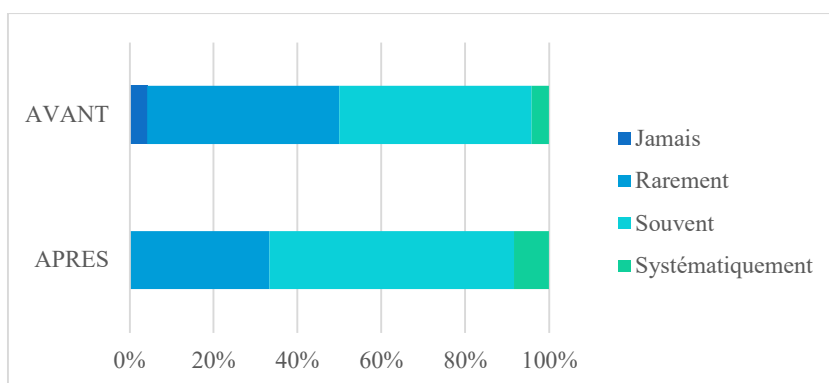


Figure 12 : « A quelle fréquence évoquez-vous la pratique d'activité physique avec vos patients atteints de cancer ? »

Nous avons interrogé les médecins sur le type d'approche qu'ils adoptent sur la question de la pratique d'activité physique auprès de leurs patients atteints de cancer. La proportion de médecins évoquant le sujet sans faire de recommandation diminuait entre le Q1 et le Q2, tandis que la proportion de ceux qui recommandent la pratique au moyen de conseils oraux augmentait (Figure 13).

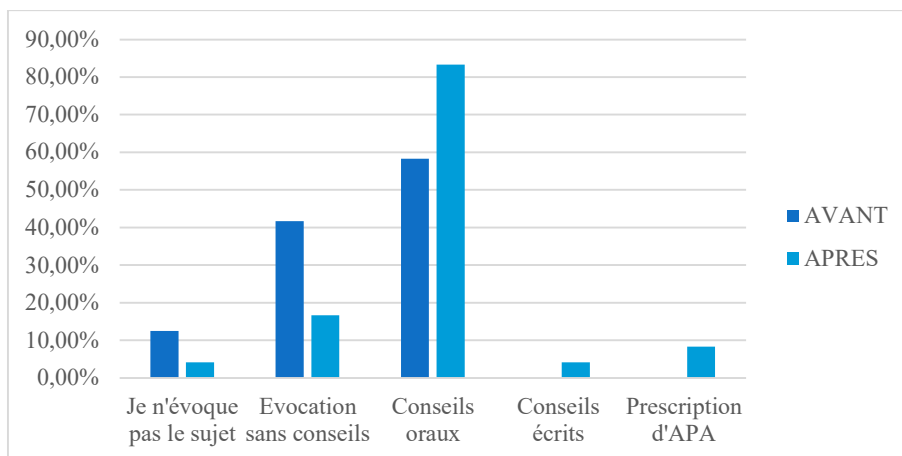


Figure 13 : « Quelle(s) approche(s) adoptez-vous sur la question de la pratique d'activité physique auprès de vos patients atteints de cancer ? »

Dans les commentaires libres, un médecin a déclaré « évoquer l'APA sans la prescrire » puis adresser le patient à « une infirmière Action Santé Libérale en Equipe (ASALEE) du cabinet », pour éventuellement « prescrire dans un second temps ».

6. Connaissance de l'offre locale en APA et orientation

Avant intervention, tous les répondants avaient une opinion défavorable de leur connaissance de l'offre locale en APA. Après intervention, on constate une diminution significative de l'opinion défavorable (66.67%, n=16), tandis que 29.17% (n=7) des médecins estimaient cette connaissance correcte et 4.17% (n=1) l'estimaient bonne (p=0.00054) (Figure 14).

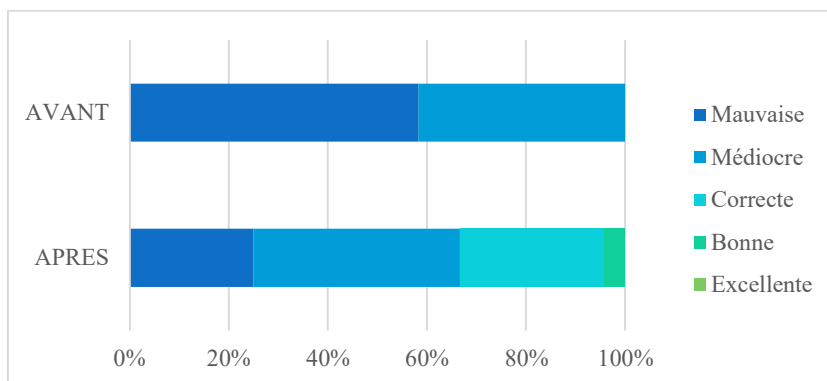


Figure 14 : « Comment évaluez-vous votre connaissance des structures et professionnels de l'APA de votre secteur d'exercice ? »

Avant intervention, 33.33% (n=8) des médecins déclaraient avoir déjà orienté de façon ciblée un patient atteint de cancer vers un professionnel de l'APA:

- 1 médecin avait déjà orienté vers kinésithérapeute, éducateur sportif et psychomotricien ;
- 1 médecin avait déjà orienté vers kinésithérapeute et enseignant en APA ;

- 6 médecins avaient déjà orienté vers kinésithérapeute uniquement.

Après intervention, ils étaient à nouveau 33.33% (n=8) à le déclarer. L'analyse des données appariées a mis en évidence que 4 des médecins qui l'avaient déclaré au Q1 ne le déclaraient plus au Q2. Parmi les 8 à le déclarer au Q2, ils étaient 4 à l'avoir déjà fait avant intervention et 4 à l'avoir fait après intervention mais pas avant.

Parmi les 4 médecins qui ont déclaré avoir orienté de façon ciblée après intervention mais pas avant, 3 ont orientés vers un kinésithérapeute et 1 a orienté vers kinésithérapeute et éducateur sportif. Parmi les 4 médecins qui ont déclaré avoir déjà orienté de façon ciblée avant et après, 2 ont fait évoluer leur réponse aux professionnels sollicités et ont déclaré un type de professionnel sollicité en plus : éducateur sportif pour l'un et enseignant en APA pour l'autre.

7. Apports du dossier documentaire

a. Utilité ressentie avant intervention

Dans le Q1, nous avons interrogé les médecins sur ce qu'ils pensaient de l'intérêt d'un annuaire des structures et professionnels de l'APA du secteur et d'une fiche d'aide à la prescription. Ils considéraient l'annuaire utile à 16.67% (n=4) et très utile à 83.33% (n=20). Ils considéraient la fiche d'aide à la prescription utile à 25% (n=6) et très utile à 75% (n=18).

b. Utilisation du dossier documentaire

41.67% (n=10) des médecins déclaraient avoir utilisé tout ou partie du dossier documentaire fourni. Parmi eux 80% (n=8) ont utilisé l'annuaire, 60% (n=6) ont utilisé le modèle d'ordonnance et 50% (n=5) ont utilisé la fiche d'aide à la prescription.

Nous avons interrogé les médecins n'ayant pas utilisé le dossier documentaire (58.33%, n=14) sur les raisons de cette non utilisation. Les raisons rapportées étaient le manque de temps et le manque d'occasions de prescrire, à 64.29% (n=9) pour les deux paramètres. Aucun des répondants n'a considéré que la non utilisation était liée à des connaissances suffisantes pour prescrire sans l'aide des documents ou à la mauvaise qualité de ces derniers.

c. Niveau de satisfaction concernant l'annuaire et la fiche d'aide à la prescription

Les médecins interrogés étaient globalement satisfaits de l'annuaire et de la fiche d'aide à la prescription fournis.

Concernant la fiche d'aide à la prescription : 54.17% (n=13) ont considéré qu'elle avait complètement répondu à leurs besoins, 12.50% (n=3) qu'elle y avait partiellement répondu et 33.33% (n=8) n'avaient pas d'opinion.

Concernant l'annuaire : 37.50% (n=9) ont considéré qu'il avait complètement répondu à leurs besoins, 33.33% (n=8) qu'il y avait partiellement répondu et 29.17% (n=7) n'avaient pas d'opinion.

Nous avons demandé aux médecins quels reproches ils pouvaient faire au dossier documentaire.

A propos de l'annuaire, les reproches suivants ont été faits :

- 3 ont reproché un manque de renseignements sur les structures délivrant de l'APA ;
- 1 a reproché un manque de clarté / lisibilité ;
- 4 ont reproché un manque d'informations concernant les qualifications des professionnels encadrant la pratique de l'APA ;

Dans les commentaires libres, un médecin a reproché le manque de clarté concernant la présentation des 3 Maisons Sport Santé d'Albi.

A propos de la fiche d'aide à la prescription d'APA :

- 1 a reproché le manque de précision dans le contenu ;
- 1 a reproché le manque de références bibliographiques ;
- 1 a reproché le manque de clarté et de lisibilité ;

Dans les commentaires libres, les reproches suivants ont été précisés : « trop dense » ; « trop dense et technique, pas assez pratique » ; « difficulté à préciser le niveau de limitation fonctionnelle ».

d. Autres utilisations du dossier documentaire

Nous avons voulu savoir si les médecins avaient utilisé le dossier documentaire dans d'autres situations que la prescription d'APA chez les patients atteints de cancer.

33.33% (n=8) des participants ont déclaré avoir utilisé le dossier documentaire dans d'autres situations que la prescription d'APA chez les patients atteints de cancer.

Parmi eux :

- 3 l'ont utilisé pour adressage au professionnel de l'APA sans prescription écrite d'APA ;
- 3 ont partagé l'annuaire au patient sans adressage à un intervenant ciblé ni prescription écrite d'APA ;
- 2 l'ont utilisé pour prescrire de l'activité physique en dehors du cadre de l'APA ;

- 7 l'ont utilisé pour prescrire de l'APA dans le cadre d'une autre pathologie que le cancer ;

Dans les commentaires libres, un médecin a déclaré une « utilisation comme support à la discussion autour de la pratique d'APA ».

8. Identification d'actions complémentaires

Nous avons demandé aux participants quelles actions complémentaires étaient susceptibles de les intéresser.

25% (n=6) étaient intéressés par une soirée de formation sur la prescription d'APA. 37.50% (n=9) étaient intéressés par une rencontre entre MG et professionnels de l'APA. 58.33% (n=14) étaient intéressés par la mise en ligne de l'annuaire avec carte interactive sur le site internet de la CPTS.

Dans les commentaires libres, un médecin a proposé l'organisation d'une « soirée d'échanges entre patients et professionnels de l'APA ». Un autre médecin, considérant ne « pas avoir le temps » pour une soirée de formation ou une rencontre entre MG et professionnels de l'APA, se disait plutôt intéressée par un « topo de 15-30 minutes, au sein de notre cabinet ».

Discussion

1. Résultat principal

Cette étude avait pour objectif principal d'étudier l'impact d'outils d'aide à la prescription et à l'orientation sur la prescription d'APA par les MG chez les patients atteints de cancer. Nous observons une augmentation du nombre de médecins prescripteurs suite à la mise à disposition de ces outils.

Ce résultat n'est pas statistiquement significatif. Cela peut s'expliquer d'une part par la petite taille de l'échantillon, qui diminue la puissance statistique, d'autre part par la courte durée de l'intervention, qui réduit les chances d'observer des variations avant/après. Ainsi, on peut faire l'hypothèse que l'étude d'un échantillon de plus grande taille sur une durée plus longue permettrait de mettre en évidence une augmentation significative du nombre de prescripteurs d'APA après intervention.

Malgré l'absence de significativité statistique, ce résultat révèle une tendance intéressante. Il nous montre que le développement à grande échelle de ce type d'outils d'aide à la prescription et à l'orientation des patients présente un intérêt considérable dans la démarche de promotion et de facilitation de la prescription d'APA par les MG.

2. Forces et limites de l'étude

a. Les forces de l'étude

Le sujet étudié est une force de ce travail. Comme nous l'avons vu en introduction, l'intérêt de l'APA dans le cadre du parcours de soins du patient atteint de cancer et l'importance de promouvoir sa prescription ne sont plus à démontrer.

L'une des principales forces de ce travail est sa méthodologie originale. Il n'y a pas, à notre connaissance, d'études récentes évaluant les effets d'une intervention de ce type sur la prescription d'APA par les MG dans le cadre du cancer. Ces dernières années, différents travaux ont étudié l'évolution des pratiques et des freins à la prescription d'APA après participation à une formation. Les modalités de ces formations étaient variées : participation à un groupe qualité dans le travail de E. Carimalo (26), à une formation en ligne ou présentielle dans celui de B. Rucar (27) et au visionnage d'une vidéo de formation dans celui de N. Burlett (28).

L'étude de la mise à disposition d'outils d'aide à la prescription et à l'orientation est donc innovante par rapport à ce qui a pu être fait jusqu'ici. La participation à des formations nécessite de la part du MG un engagement important : elles exigent du temps et de la disponibilité dans un quotidien professionnel déjà chargé. Les outils d'aide à la prescription et à l'orientation tels que proposés dans ce travail ont plusieurs intérêts. Ils nécessitent un engagement et un investissement moindres qu'une formation et permettent au MG d'avoir à

portée de main une information facilement et rapidement mobilisable en consultation. Ils permettent de sensibiliser un plus grand nombre de MG et peuvent être étendus largement sur le territoire, avec des adaptations en fonction des ressources locales.

La production de ces outils est également une force majeure de cette étude.

Les outils existants de recensement de l'offre d'APA locale sont mal connus par les MG et proposent une information incomplète (18). Les guides élaborés par la HAS et le Medicosport-Santé, principaux référentiels pour la prescription d'APA, sont jugés par certains trop denses, trop complexes et peu adaptés à la pratique courante (18). Concernant le formulaire de prescription officiel, une part des MG considèrent qu'il manque de lisibilité et de simplicité et sont favorables à une ordonnance préremplie limitant les zones de texte libre (18,26).

L'annuaire et la fiche d'aide à la prescription, que nous avons élaborés sur la base des recommandations validées les plus récentes et d'une liste exhaustive des ressources en APA locales, visent à délivrer une information simple, synthétique et pratique. Le modèle type de formulaire de prescription vise à simplifier l'acte de prescription. Ces documents pourront être mis à disposition de l'ensemble des médecins de la CPTS, améliorés et tenus à jour en fonction de l'évolution des recommandations et de l'offre en APA.

Un autre point fort est le fait d'avoir mené cette étude dans le cadre d'une CPTS. La CPTS correspond à un mode d'organisation en communauté de santé qui rassemble les différents acteurs de santé d'un territoire défini. Les objectifs de ce regroupement sont l'amélioration de la coordination des professionnels et la structuration des parcours de soins des usagers du territoire. Le développement d'un outil d'orientation comme l'annuaire nous a paru particulièrement pertinent dans ce cadre, pour faciliter l'orientation des patients vers les professionnels de l'APA du secteur et promouvoir les échanges et les liens MG-professionnels de l'APA.

Enfin, le taux de participation est de 52%. Il s'agit d'un taux élevé, en comparaison avec d'autres études quantitatives portant sur la thématique de la prescription d'APA. De plus, nous n'avons pas eu de perdus de vue entre le Q1 et le Q2, contrairement à ce qui arrive fréquemment dans les études avant/après. Ces deux faits peuvent s'expliquer par l'envoi avant le début de l'étude d'un e-mail expliquant la démarche et les différentes étapes de l'étude, ainsi que par l'utilisation de la voie postale pour l'envoi des questionnaires, accompagnés d'une enveloppe préaffranchie pour faciliter le retour.

b. Les limites de l'étude

Les études avant/après de ce type, qui utilisent une méthode quantitative pour évaluer l'impact d'une intervention, ont un faible niveau de preuve scientifique. Comme le précise la HAS, elles permettent de « montrer l'évolution d'une pratique, sans que l'on puisse affirmer que les modifications observées sont liées à l'intervention » (29). Les variations observées peuvent être liées à une autre cause que l'intervention, ou refléter une tendance préexistante à l'amélioration. La présence d'un groupe contrôle étudié de manière

contemporaine au groupe intervention permet de limiter ces biais. La mise en place d'un groupe contrôle pour comparaison a été envisagée initialement, mais écartée car de réalisation trop complexe.

La petite taille de l'échantillon est la principale faiblesse de ce travail, elle en limite fortement la puissance statistique. Un effectif de plus grande taille aurait pu permettre d'obtenir plus de résultats statistiquement significatifs, notamment sur notre objectif principal. Compte tenu de ce faible effectif, la réalisation d'analyses en sous-groupes était peu pertinente. La petite taille de l'échantillon est liée à la petite taille de la population étudiée. Cette dernière se justifie par la volonté d'étudier l'effet d'une intervention dans le cadre limité de la CPTS, comme décrit précédemment.

Par rapport à la population des MG français, la tranche d'âge des moins de 40 ans est plus représentée et la tranche d'âge des plus de 60 ans est moins représentée dans notre échantillon. La part de femmes est également plus élevée dans notre échantillon que dans la population des MG français, ce qui peut s'expliquer par la représentation plus importante des tranches d'âges jeunes. En effet, il est constaté à l'échelle nationale une féminisation croissante de la population des MG (2). Ces différences peuvent s'expliquer par un plus grand intérêt de la part des jeunes médecins pour la prescription d'APA, dont le développement est relativement récent.

La courte durée d'étude est également une limite puisqu'elle réduit les chances d'observer des variations avant/après. Elle a cependant des aspects positifs : elle permet de limiter l'influence de certains facteurs de confusion (évolution de l'offre en APA locale, promotion de l'APA extérieure à l'intervention) et de limiter le nombre de perdus de vue.

Concernant les facteurs de confusion, aucun évènement notable concernant l'APA et sa prescription n'a eu lieu sur le territoire de la CPTS pendant la période durant laquelle s'est déroulée notre étude. A plus grande échelle, une conférence sur le sport santé et le rugby sport santé (les RUBieS) a eu lieu à Albi le 26 octobre 2023. Plutôt destinée aux patients, il s'agit malgré tout d'un possible facteur de confusion. Nous n'avons pas interrogé les MG de notre échantillon sur leur éventuelle participation à cet évènement. De manière générale, nous n'avons pas évalué l'exposition des participants à d'autres formes de sensibilisation à l'APA et sa prescription avant ni pendant la durée de l'étude (médias, revues, participation à des formations, etc).

La participation est basée sur le volontariat et expose à un biais de sélection. Il est possible que les MG ayant participé à cette étude soient plus intéressés par le sujet de la pratique d'activité physique dans le cadre du cancer et/ou celui de la prescription d'APA.

Il existe un biais de désirabilité sociale car les enquêtés ont tendance, de façon volontaire ou non, à répondre de manière à se valoriser aux yeux de l'enquêteur. Il y a donc une possible surestimation des pratiques réelles par les MG. Ce biais est d'autant plus présent que les réponses aux questionnaires étaient nominatives afin de pouvoir apparier les réponses avant/après. L'anonymisation des questionnaires aurait pu permettre de limiter ce biais.

Enfin, il existe un biais de formulation. Il est possible que la formulation de certaines questions ait été mal comprise ou ait orienté les réponses. En particulier, la formulation de la question concernant l'utilisation du dossier documentaire paraît ambiguë et il semble que le terme utilisation n'était pas le plus approprié. Une part des MG ayant déclaré ne pas avoir utilisé le dossier documentaire a quand même donné un avis sur la qualité des documents et vu évoluer son opinion sur le niveau d'aise et les freins à la prescription. Il semblerait donc qu'une partie ait au moins pris connaissance des documents, même s'ils n'ont pas considéré l'avoir véritablement utilisé. La formulation de la question aurait pu être différente, afin de faire la part des choses entre les médecins ayant véritablement utilisé le dossier documentaire pour prescrire et/ou orienter, et ceux ayant simplement pris connaissance des documents. De même, l'analyse appariée des réponses à la question concernant l'antériorité d'orientation ciblée vers un professionnel de l'APA a permis de mettre en évidence des incohérences entre la réponse avant et la réponse après pour une partie des répondants. Une part des médecins déclarant avoir déjà orienté au Q1 ne le déclareraient plus au Q2. Pour ces derniers, les réponses ne sont pas exploitables. Il est possible que la formulation ait entraîné une mauvaise compréhension de la question.

3. Analyse des résultats

a. Des changements dans l'attitude de promotion de la pratique d'activité physique

Notre étude met en évidence non seulement une augmentation du nombre de médecins prescripteurs d'APA après intervention, mais également des changements dans l'attitude de promotion de l'activité physique auprès des patients atteints de cancer. On constate une augmentation de la fréquence de l'évocation de l'activité physique, les MG privilégiant l'approche par recommandation au moyen de conseils oraux.

Il a été montré que les cancers font partie des pathologies chroniques faisant le moins l'objet de recommandations de pratique d'activité physique, en comparaison avec par exemple le diabète ou les maladies cardio-vasculaires (30). L'approche privilégiée des MG par conseil oral est aussi retrouvée dans l'étude de P-O. Porte et dans la revue de littérature de M. Croquin *et al.* (17,18). L'augmentation de la sensibilisation des patients à la pratique d'activité physique est une bonne nouvelle, même s'il ne faut pas perdre de vue que de multiples travaux ont montré la supériorité de la prescription écrite associée au conseil oral par rapport au conseil oral seul en terme d'adhésion du patient (14,18,30).

Dans notre étude, seuls 2 médecins semblent considérer que la prescription d'APA est entrée dans leur pratique. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il faut du temps pour qu'un changement de pratique et une habitude de prescription se mettent en place. Il est possible que ce nombre ait été plus élevé si la durée d'intervention avait été plus longue.

Il est également intéressant de constater que certains médecins déclarent avoir utilisé les outils proposés en dehors de la prescription d'APA dans le cadre du cancer, notamment pour prescrire de l'APA dans le cadre d'autres pathologies. Cela montre pour une partie d'entre eux un réel intérêt pour l'APA et une adhésion à sa prescription.

b. Une évolution positive de la connaissance de l'offre locale d'APA

La méconnaissance de l'offre existante en APA est un frein majeur à la prescription d'APA par les MG, mis en évidence dans de multiples études.

Dans le travail de P-O. Porte, 72.3% des médecins interrogés déclaraient ne pas connaître de structure proposant de l'APA aux patients atteints de cancer (17). Dans la thèse de E. Carimalo s'intéressant aux effets de la participation à un groupe qualité sur la prescription d'APA dans le cadre du cancer, 91.6% des MG interrogés avant intervention déclaraient ne pas être suffisamment informés sur les structures d'APA de leur secteur (26).

Dans notre étude, nous constatons une amélioration significative de la connaissance de l'offre locale d'APA après intervention. Cette amélioration significative est également retrouvée chez E. Carimalo, quoique de façon moins marquée (26). Dans notre travail, les médecins étaient également significativement moins nombreux à considérer la difficulté à trouver des structures comme un obstacle à leur prescription d'APA après intervention.

Ces résultats, même si encourageants, sont malgré tout à nuancer : après intervention, les MG de notre étude restent majoritaires à déclarer une connaissance de l'offre d'APA mauvaise ou médiocre (66.67%). Cela pourrait s'expliquer en partie par l'absence d'informations précises dans l'annuaire sur le fonctionnement de chaque structure, le type et les modalités des séances d'APA proposées et les qualifications des professionnels.

D'autres travaux réalisés ces dernières années mettaient en évidence des résultats différents. Dans la thèse de N. Burlett, les MG étaient plus nombreux à déclarer des difficultés à trouver des structures d'accueil pour répondre à leur prescription d'APA après visionnage d'une vidéo de formation (28). Dans le travail de B. Rucar, parmi un panel de MG qui avait suivi une formation présentielle ou en ligne, 60% considéraient qu'une formation complémentaire était nécessaire et parmi eux 81% souhaitaient mieux connaître les réseaux et acteurs du Sport Santé Bien Être (27). Il semble que les formations, plébiscitées par les MG, permettent de diminuer une partie des freins liés à la méconnaissance de l'APA et de sa prescription mais ont peu d'effet sur la méconnaissance de l'offre en APA. On peut supposer que du fait qu'elles sont destinées au plus grand nombre, elles n'intègrent que peu ou pas d'informations sur les ressources en APA des territoires et n'apportent donc pas de réponse à l'un des principaux obstacles à la prescription.

c. Une connaissance limitée des professionnels de l'APA

Avant intervention, on note que les patients avaient été principalement adressés aux kinésithérapeutes. Cela est vrai également après intervention : la totalité des médecins déclarant avoir adressé un patient de manière ciblée ont adressé à un kinésithérapeute, trois à un éducateur sportif et deux à un enseignant en APA. Le recours au kinésithérapeute semble donc avoir été privilégié par les participants.

Pour expliquer cela, plusieurs raisons peuvent être avancées. Il est possible que le niveau de limitation fonctionnelle des patients ait limité le choix au kinésithérapeute, ne laissant pas la possibilité d'orienter vers une autre catégorie de professionnel de l'APA. Nous pouvons également supposer que les MG sont plus enclins à adresser leurs patients aux kinésithérapeutes qui sont des professionnels de santé de proximité avec qui ils ont l'habitude de travailler, dont ils connaissent les qualifications et en qui ils ont confiance.

En effet, plusieurs travaux ont montré que les MG ont une mauvaise connaissance de différentes catégories de professionnels de l'APA, de leurs qualifications et de leurs compétences (15,16,18,27). Il existe une certaine méfiance et une hésitation à confier les patients à des acteurs qui ne sont pas des professionnels de santé reconnus. On note également dans notre étude un recours quasi inexistant aux Maisons Sport-Santé (MSS). Il est possible que cette méconnaissance du profil des professionnels y exerçant l'explique en grande partie. Ce phénomène est évoqué dans le rapport de l'Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire (INJEP) de juillet 2023 qui étudie le développement et la structuration du dispositif des MSS. A. Oualhaci y révèle les difficultés de collaboration entre les professionnels de santé et les professionnels du sport-santé, évoquant un « choc des cultures professionnelles ». Il met en évidence un dialogue difficile entre d'un côté « des professionnels de santé, dotés de savoirs médicaux et certifiés après des trajectoires d'études longues » et de l'autre « des groupes professionnels plus variés qui organisent les activités physiques et sportives (éducateurs sportifs ou enseignants en APA), dotés quant à eux de savoir-faire pédagogiques et de formations plus courtes » (31).

L'analyse des points faibles de notre annuaire montre qu'une partie des MG est en demande d'une meilleure information concernant les qualifications des professionnels susceptibles de dispenser de l'APA à leurs patients. Lors de la construction de l'annuaire, ces éléments n'ont volontairement pas été indiqués. Nous avons renseigné le niveau de limitation fonctionnelle que chaque professionnel est autorisé à encadrer, dans le but de simplifier l'orientation, mais le type de diplôme ou de qualification n'a pas été mentionné. Seuls les enseignants en APA et les professionnels de santé (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien) peuvent dispenser de l'APA aux patients présentant un niveau de limitation fonctionnelle modéré. Pour les patients ayant un niveau de limitation fonctionnelle minime, les profils autorisés sont beaucoup plus variés. Nous avons préféré ne pas mentionner les qualifications, considérant d'une part que cela aurait été au détriment de la lisibilité de l'annuaire et d'autre part que la multiplicité des profils complexifierait l'information du fait d'intitulés de diplômes et qualifications peu parlants pour les MG. Le reproche fait par les participants quant à ce choix nous montre que nous avons sous-estimé le besoin des MG d'être informés sur le profil précis des professionnels de l'APA à qui ils sont susceptibles d'adresser leurs patients.

Dans notre étude, un peu plus d'un tiers des participants se disait intéressé par l'organisation d'une rencontre entre MG et professionnels de l'APA. Une partie des MG est donc réceptive au développement de la collaboration avec les professionnels de l'APA du secteur. Ce résultat est encore plus intéressant en regard des résultats de l'étude de D. de Larquier. Les MG interrogés dans sa thèse participaient au dispositif Bougez sur Ordonnance en Occitanie

et dans ce cadre avaient des contacts avec les professionnels de l'APA intégrés dans ce dispositif. Ils déclaraient avoir confiance en ces professionnels pour prendre en charge leurs patients et demandaient une meilleure visibilité et une meilleure reconnaissance de leurs compétences (32).

d. Une amélioration du niveau d'aise à la prescription

Les résultats montrent une amélioration significative du niveau d'aise à la prescription d'APA.

Nous remarquons que la proportion de MG ayant déclaré une évolution de ce niveau d'aise est supérieure à la proportion de MG déclarant avoir prescrit de l'APA. Cette évolution est donc pour certains très théorique, et semble refléter le niveau d'aise présumé s'ils venaient un jour à prescrire. Nous pouvons nous demander si cette évaluation de l'aisance aurait été la même si les médecins avaient rédigé une prescription d'APA.

Cette évolution peut s'expliquer par la réduction de certains freins après intervention : diminution significative du nombre de MG considérant la mauvaise connaissance de l'APA et de ses bénéfiques et les difficultés à formuler la prescription et à identifier le professionnel adapté au niveau de limitation fonctionnelle du patient comme des obstacles à leur prescription. Nous pouvons supposer que les outils proposés ont en partie répondu aux questionnements sur ces obstacles. La fiche d'aide à la prescription se veut synthétique et pratique, tout en restant fidèle aux recommandations. Cependant, certains médecins ont estimé qu'elle était trop dense et manquait de clarté.

Il faut noter que 4 médecins ont déclaré ne pas avoir d'opinion au sujet de l'aisance dans le Q2, alors qu'ils en avaient une dans le Q1 (opinion positive pour 2 et négative pour 2). Il est possible que la consultation des outils d'aide à la prescription ait soulevé de nouvelles interrogations ou difficultés chez certains médecins, les faisant douter de leur aptitude à prescrire. Ce doute se retrouvait dans la thèse de E. Carimalo, où la proportion de participants se sentant apte à prescrire passait de 61,3% à 54,7% après participation à un groupe qualité (26).

e. Des obstacles qui persistent et se renforcent après intervention

Le manque de temps est un frein majeur à la prescription d'APA, retrouvé systématiquement dans les études réalisées sur le sujet.

Dans notre étude, l'obstacle lié au manque de temps se renforce après l'intervention. Cette tendance se retrouvait également dans le travail de E. Carimalo (26). Il est possible qu'avant la mise à disposition du dossier documentaire, une part des MG interrogés ne connaissait pas les étapes recommandées dans la consultation de prescription d'APA et l'investissement temporel que cela représente. La HAS recommande que la prescription d'APA soit faite à l'issue d'une consultation dédiée entièrement à ce motif et dont les étapes sont bien codifiées, en tenant compte des spécificités de chaque patient (21,22). Si aucune durée type n'est

préconisée pour cette consultation, on se rend bien compte qu'il peut être difficile de réaliser le bilan complet et la prescription sur les 18 minutes que consacrent en moyenne les MG à une consultation (33). Nous pouvons supposer que l'intégration dans la pratique des MG de ce type de consultation dédiée à l'activité physique est compliquée, d'une part du fait du temps que cela nécessite, d'autre part parce que cette idée ne fait pas forcément sens pour une partie des MG. Une étude qualitative réalisée en 2016 sur les MG et le conseil en activité physique montrait que « l'idée d'une consultation spécifiquement dédiée pour ce soin reste incongrue en médecine générale, alors que cela peut se faire pour d'autres préventions (sevrage tabagique par exemple) » (34). Le manque de temps est également un frein important au désir de formation des MG, identifié dans plusieurs travaux (18,30,32).

Un autre frein qui tend à se renforcer après intervention est la difficulté à définir le niveau de limitation fonctionnelle du patient. Nous pouvons faire l'hypothèse que pour certains médecins cette étape était méconnue avant l'intervention, donc non considérée comme un frein, et que c'est en en prenant connaissance au travers du dossier documentaire qu'ils ont vu en quoi cela pouvait constituer un obstacle. Il s'agit d'une étape importante de la consultation d'APA, puisqu'elle permet de déterminer la qualification minimale requise pour le professionnel qui dispensera l'activité. Elle peut s'avérer fastidieuse et chronophage car elle nécessite d'évaluer individuellement et précisément l'ensemble des fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles ainsi que la perception de la douleur.

Concernant l'absence de cotation spécifique pour la consultation de prescription d'APA, les avis de nos répondants étaient partagés. Ces résultats diffèrent de ce qui a pu être mis en évidence dans d'autres études. Dans leur revue de la littérature, M. Croquin *et al.* identifient que « la création d'une cotation spécifique est une demande récurrente de la part des MG », afin de permettre une valorisation financière de ce temps médical et la reconnaissance de compétences supplémentaires (18). Dans la thèse de B. Rucar, 73% des répondants trouvaient utile de créer une consultation spécifique à la prescription d'APA avec une cotation spécifique (27). La différence trouvée dans notre étude pourrait s'expliquer par la formulation différente de la question. Il est fort possible que si l'on avait demandé aux MG s'ils étaient favorables à la mise en place d'une cotation spécifique, la majorité aurait répondu par l'affirmative.

L'absence de financement de la pratique d'APA par l'Assurance Maladie représente un obstacle à la prescription pour la majorité des médecins interrogés dans notre étude, avec un renforcement de cette tendance après intervention. Dans l'étude de B. Rucar, 57% des MG avaient obtenu des refus de prescription d'APA de la part de patients du fait du non remboursement. Ce frein est également mis en avant dans les autres études sur le sujet (16–18). Le remboursement de l'APA dans le cadre du cancer enverrait un signal fort sur la place essentielle de l'APA dans la stratégie thérapeutique, qui serait alors prise en charge au même titre que les autres traitements.

Le refus et le manque de motivation des patients était également un frein à la prescription qui se renforçait, doublant après intervention. On note qu'un peu moins d'un tiers de répondants ne se prononçaient pas, ce qui pourrait s'expliquer par le fait de n'avoir jamais abordé le sujet en consultation et de ne pas s'avancer sur la réaction des patients. Ce frein

est largement retrouvé dans les études sur le sujet (16–18,26). Comme tout changement de comportement, l'adoption d'un mode de vie plus actif et l'adhésion à un programme d'APA sont des processus complexes. Accepter et s'engager dans le changement peut prendre du temps et nécessiter des entretiens motivationnels répétés. Il est possible que les MG, du fait de fortes contraintes temporelles et/ou d'un manque de formation, ne consacrent pas assez de temps à la démarche motivationnelle. Ils risquent alors d'abandonner trop rapidement devant un patient non convaincu, peu ou pas réceptif dès le premier entretien. Ce qui est interprété par les MG comme un manque de motivation renvoie la plupart du temps à des problématiques plus complexes. En effet, il a été mis en évidence que la réticence des patients atteints de cancer à s'impliquer dans la pratique d'activité physique pouvait s'expliquer par de multiples freins physiques (dont fatigue, douleurs, déconditionnement), psychologiques (par exemple dévalorisation de ses capacités physiques, peur de se blesser ou d'aggraver son état de santé) et environnementaux (notamment accès difficile au lieu de pratique, ressources financières limitées, manque de temps) (4,35). L'identification de ces freins puis leur questionnement au moyen de l'entretien motivationnel est essentiel pour accompagner efficacement les patients vers le changement.

f. Le suivi par le MG du patient atteint de cancer à renforcer

Une partie des MG déclarant ne pas avoir utilisé le dossier documentaire l'ont justifié par le manque d'occasion de prescrire. Nous pouvons avancer plusieurs raisons pour expliquer cela.

Premièrement, la courte durée d'étude ne permet d'atteindre qu'une partie de la patientèle touchée par un cancer. Parmi ceux vus au cours de cette période, certains pratiquaient peut être déjà une activité physique régulière ou étaient déjà engagés dans la pratique d'APA.

Deuxièmement, il est possible que les patients atteints de cancer vus en consultation sur cette période ne rentrent pas dans les critères de prescription d'APA. Cependant, malgré les informations concernant les indications de la prescription d'APA contenues dans la fiche d'aide à la prescription, on ne peut pas écarter une mauvaise identification par le MG des patients redevables ou non de l'APA. Ce critère n'a pas été exploré dans notre étude, or il aurait pu être intéressant de rechercher si les MG avaient des difficultés à identifier les patients pour lesquels la prescription d'APA était indiquée.

De plus, certains patients en phase de traitement actif et qui n'ont pas de comorbidités nécessitant un suivi régulier en médecine générale peuvent être perdus de vue par le MG, alors qu'est privilégié leur suivi en oncologie. Dans l'étude de L. Louette Kowalski, 42.6% des MG avaient le sentiment de moins voir leurs patients atteints de cancer en consultation après le diagnostic (36). Ce sentiment est partagé par une partie des patients (35,36).

Enfin, une part des patients qui présentent des séquelles du cancer et/ou de ses traitements après la phase de traitement actif ne bénéficie pas d'un suivi par le MG pour ces symptômes. Dans l'étude VICAN 5, 33.1% des interrogés déclaraient ne disposer d'aucun suivi spécifique en médecine générale de leur cancer diagnostiqué 5 ans auparavant. Parmi les

patients estimant avoir conservé des séquelles de leur maladie, seuls 26.1% d'entre eux déclaraient avoir un suivi médical ou paramédical pour ces séquelles (6).

4. Enjeux et perspectives

De multiples études ont montré l'intérêt des MG pour cette thématique et leur désir de se former à la prescription d'APA, qui se heurte au frein majeur du manque de temps à y consacrer. Le développement d'outils d'aide à la prescription et à l'orientation est donc un moyen de répondre à ce besoin, en proposant une information validée, synthétique et pratique.

Il serait intéressant de privilégier une formation locale, de proximité, où les acteurs du sport-santé viendraient à la rencontre des MG. Cela permettrait de faciliter l'accès des MG à la formation et de leur proposer une information ciblée sur les ressources en APA de leur secteur d'exercice.

Cela permettrait également le développement de la collaboration entre MG et professionnels de l'APA, qui semble être une piste pour favoriser l'implication des MG dans la prescription d'APA. Il est nécessaire pour les MG d'acquérir des connaissances sur les missions et les compétences des professionnels de l'APA afin d'instaurer la confiance nécessaire à cette collaboration.

Il est également nécessaire de réfléchir aux moyens d'améliorer la visibilité des MSS auprès des MG. Comme nous l'avons vu, le recours à ces structures est encore trop limité par la méconnaissance des MG quant à leur existence et leurs activités.

La collaboration étroite avec les professionnels de l'APA et les MSS permettrait d'envisager un transfert de compétences du MG vers ces derniers, en leur laissant le soin de réaliser les bilans fonctionnel et motivationnel (18). Cela permettrait de contourner les freins du MG que sont le manque de temps à y consacrer, les compétences parfois limitées en entretien motivationnel et les difficultés à évaluer le niveau de limitation fonctionnelle et la condition physique.

La place dans le parcours d'APA des infirmières ASALEE reste à définir. Les compétences de ces professionnels paramédicaux formés à l'éducation thérapeutique et à l'entretien motivationnel pourraient être un véritable atout.

L'interprofessionnalité est un des piliers de l'organisation en CPTS. Il semble indispensable d'y inclure les professionnels de l'APA afin d'enrichir le parcours de soins des patients atteints de cancer pris en charge au sein du territoire de la CPTS. L'intégration des MG dans la dynamique des MSS et des réseaux d'APA semble également être une piste prometteuse pour améliorer l'accès des patients à l'APA et leur orientation vers le parcours le plus adapté à leurs besoins.

Dans sa stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030, l'INCa insiste sur la nécessité de centrer le parcours de soins sur le patient et le médecin traitant (10). Il paraît essentiel de renforcer la place du MG dans le suivi des patients atteints de cancer, pendant

et après les traitements. Pendant les traitements, le rôle du MG est primordial pour prendre en charge les symptômes liés au cancer et à ses traitement et s'assurer de l'intégration des soins de support au parcours de soin. Après traitements, le suivi régulier en médecine générale permet de mieux dépister les séquelles et de proposer une prise en charge précoce et personnalisée, au travers de l'APA si besoin.

L'informatisation des outils est un besoin formulé par les MG interrogés dans notre étude et dans plusieurs autres travaux (18,26). La mise en ligne de l'annuaire sur le site de la CPTS permettrait d'une part de faciliter l'orientation des patients et d'autre part d'améliorer la visibilité des professionnels de l'APA et d'insister sur l'importance de leur place dans le parcours de soins des patients atteints de cancer. L'intégration aux logiciels métiers d'un modèle d'ordonnance prérempli, simple et rapide à utiliser, permettrait d'encourager et de faciliter l'acte de prescription d'APA.

Conclusion

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à l'impact de la mise à disposition d'outils d'aide à la prescription et à l'orientation sur la prescription d'activité physique adaptée (APA) par les médecins généralistes (MG) chez les patients atteints de cancer, au sein de la CPTS du Grand Gaillacois.


Nous constatons une augmentation non significative du nombre de médecins prescripteurs après intervention. Nous faisons l'hypothèse que l'étude d'un échantillon de plus grande taille sur une durée plus longue permettrait de mettre en évidence une augmentation significative de ce paramètre. Nous constatons également une amélioration significative du niveau d'aise à la prescription et la diminution de certains freins. Il semble que les outils proposés permettent de pallier à une partie des difficultés que posent l'APA et sa prescription au MG. Ils ont également permis une amélioration significative de la connaissance de l'offre locale en APA.

Les outils d'aide à la prescription et à l'orientation sont donc une piste sérieuse pour informer les MG sur l'APA et les encourager à la prescrire, dans le contexte d'un quotidien professionnel chargé où le temps pour se former est limité.

Une part des freins à la prescription persiste voire se renforce après intervention. Il s'agit principalement du manque de temps à y consacrer, de la méconnaissance des profils des professionnels de l'APA et du manque de motivation du patient.

Plusieurs pistes se dégagent pour atténuer ces obstacles : organiser des formations de proximité faisant intervenir les acteurs de l'APA du secteur, renforcer l'interdisciplinarité ou encore instaurer un transfert de compétences vers les professionnels de l'APA. Les outils que nous avons développés pourront être retravaillés et complétés afin de contribuer à répondre aux freins restants et de s'ajuster aux besoins des MG.

Lu et Approuvé
Toulouse le 20/05/2024
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le 21 mai 2024

Vu, permis d'imprimer,
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de
Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



Références bibliographiques

1. Fouillet A, Ghosn W, Rivera C, Clanché F, Coudin É. Grandes causes de mortalité en France en 2021 et tendances récentes. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(26):554-69. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/26/2023_26_1.html.
2. Institut national du cancer. Panorama des cancers en France Edition 2022. Etat des lieux et des connaissances / Epidémiologie ; février 2022. 31 p. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/content/download/336357/4805630/file/01_brochure_Panorama-2022-V2-.pdf.
3. Institut national du cancer. Panorama des cancers en France Edition 2023. Etat des lieux et des connaissances / Epidémiologie ; juillet 2023. 39 p. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/content/download/473754/7178564/file/Panorama_des_cancers_2023.pdf.
4. Institut national du cancer. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer Des connaissances aux repères pratiques. Etat des lieux et des connaissances / Prévention ; mars 2017. 208 p. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/content/download/193374/2587278/file/Benefices_de_l_activite_physique_pendant_et_apres_cancer_mel_20170328.pdf.
5. Inserm. Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences, 2019. [Internet]. Disponible sur: https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/9690/expcol_2019_activite-physique_erratum2020.pdf
6. Institut national du cancer. La vie cinq ans après un cancer. Etat des lieux et des connaissances / Recherche ; juin 2018. 359 p. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/content/download/238458/3275124/file/La_vie_cinq_ans_apres_un_diagnostic_de_cancer_rapport_mel_20180625.pdf.
7. Code de la santé publique. Prescription d'activité physique (Article L1172-1) - Légifrance [Internet]. [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000031920539/2016-01-28>
8. Code de la santé publique. Prescription d'activité physique (Articles D1172-1 à D1172-5) - Légifrance [Internet]. [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000033826186/#LEGISCTA000033826290
9. Code de la santé publique. Arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042845710>
10. Institut national du cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Juin 2021. 250 p. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/content/download/336357/4805630/file/01_brochure_Panorama-2022-V2-.pdf

cancer.fr/content/download/317173/4544094/version/3/file/Strate%CC%81gie+de%CC%81cennale+de+lutte+contre+les+cancers+2021-2030+V2.pdf.

11. Ministère des solidarités et de le santé, Ministère des sports. Stratégie nationale sport santé 2019-2024. 2019. 44 p. Disponible sur :
<https://www.sports.gouv.fr/media/2185/download> [Internet]. Disponible sur:
<https://www.sports.gouv.fr/media/2185/download>
12. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2024. Juillet 2023. 332 p. [Internet]. Disponible sur: https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf
13. LOI n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 (1) - Article 42. [Internet]. 2023-1250 déc 26, 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048668665>
14. Ancellin R, Communal D. Prescription d'activité physique par les médecins : freins et leviers. La Santé en action, 2022 ; n°. 462 : p. 19-21. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/514534/3803352?version=1>.
15. Houille M. La prescription d'Activité Physique Adaptée dans le parcours de soins du patient atteint de cancer [Thèse d'exercice]. Rennes, France: Université de Rennes 1 ; 2020.
16. Levy R. Motivations et blocages de la prescription d'une activité physique comme soins de support au cours de la pathologie cancéreuse par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Paris, France : Faculté de médecine de Bobigny ; 2018.
17. Porte P-O. Prescription d'activité physique par les médecins généralistes chez les patients atteints de cancer: quels sont les freins en Occitanie ? [Thèse d'exercice]. Montpellier, France : Faculté de médecine Montpellier - Nimes ; 2019.
18. Croquin M, Galudec P.M, 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. 2023;38:337-354.
19. Occitanie Sport Santé. Cartographie des offres Sport Santé. [En ligne]. [cité le 9 janvier 2024]. Disponible sur : <https://occitanie-sport-sante.fr/carte-interactive/>.
20. CDOS Tarn. Organismes partenaires. [En ligne]. [cité le 9 janvier 2024]. Disponible sur : <https://cdos-tarn.fr/sports-sante-bien-etre/organismes-partenaires/>.
21. Haute Autorité de Santé. Organisation des parcours. Prescription d'activité physique et sportive cancers : sein, colorectal, prostate. Paris : HAS ; 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_247_ref_aps_cancers_cd_vf.pdf.
22. Haute Autorité de Santé. Recommander les bonnes pratiques. Guide consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Paris :

- HAS ; 2022. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf.
23. Haute Autorité de Santé. Recommander les bonnes pratiques. Synthèse : la prescription d'activité physique adaptée. Paris : HAS ; 2022. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/synthese_prescription_apa_vf.pdf.
 24. Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants, en annexe de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. [En ligne]. 2017 [cité le 9 janvier 2024]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-05/ste_20170005_0000_0030.pdf.
 25. Azur Sport Santé. Kit d'aide à la prescription d'activité physique. [en ligne]. 2023 [mise à jour 2024 ; cité le 9 janvier 2024]. Disponible sur : https://azursportsante.fr/wp-content/uploads/2024/02/Kit-Prescription-activite%CC%81-physique_v.03.02.2024.pdf.
 26. Carimalo E. Impact de la participation des médecins généralistes à un groupe qualité au sujet de la prescription de l'activité physique adaptée : étude avant/après [Thèse d'exercice]. Rennes, France: Université de Rennes 1 ; 2020.
 27. Rucar B. Sport santé sur ordonnance : Analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en affection de longue durée chez des médecins généralistes ayant réalisé une formation à cette prescription [Thèse d'exercice]. Lille, France : Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2018.
 28. Burlett N. Évolution des ressentis et des freins à la prescription d'activité physique adaptée aux patients en affection de longue durée, chez des médecins généralistes des Deux Sèvres ayant suivi une vidéo de formation [Thèse d'exercice]. Poitiers, France : Université de Poitiers ; 2022.
 29. HAS. Guide méthodologique. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. Juin 2007. 55 p. [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_605180/fr/evaluer-les-interventions-visant-a-ameliorer-les-pratiques-guide-methodologique
 30. 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. *Sci Sports*. 1 avr 2015;30(2):66-73.
 31. Oualhaci A. Les Maisons sport-santé : des enjeux de coordination, de légitimation et de financement. INJEP, coll. « Analyses et synthèses », 2023 ; n° 69 : 4 p. Disponible sur : https://injep.fr/wp-content/uploads/2023/07/IAS69_maisons-sport-sante.pdf.
 32. 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 [Thèse d'exercice]. Montpellier, France : Faculté de médecine Montpellier-Nîmes ; 2020.

33. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Etudes et Résultats*. 2019 ; 1113. 2 p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>.
34. 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 ; vol. 1(no. HS) : p. 153-161.
35. Soulas D. *Activité physique adaptée et cancer: représentations des patients* [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Faculté de médecine d'Amiens ; 2019.
36. Louette Kowalski L. *Place du médecin généraliste de Picardie dans l'initiation à l'activité physique des patients atteints de cancer en cours de traitement* [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Faculté de médecine d'Amiens ; 2015.

ANNEXES

Annexe 1 : Annuaire des professionnels et structures de l'APA du secteur du Grand Gaillacois

Cartographie des professionnels en activité physique adaptée du secteur du Grand Gaillacois



Annuaire des professionnels en activité physique adaptée Secteur du Grand Gaillacois

Cet annuaire regroupe l'ensemble des structures habilitées à dispenser de l'activité physique adaptée (APA) sur le secteur du Grand Gaillacois. Les professionnels de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricien(ne)s) n'y sont pas renseignés. Pour adresser un patient à l'un de ces professionnels, se référer à l'annuaire des professionnels de santé sur le site internet de la CPTS du Grand Gaillacois (<https://www.cptsdugrandgaillacois.org/annuaire/>).

Information importantes pour l'utilisation de l'annuaire

- Les patients ayant un niveau de limitation fonctionnelle sévère doivent être orientés vers un professionnel de santé (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien(ne)).
- Pour vous aider à orienter au mieux votre patient, le niveau de limitation fonctionnelle pris en charge est précisé pour chaque structure référencée dans cet annuaire. Il est déterminé par le profil et les qualifications du professionnel encadrant.
- Les **Maisons Sport Santé** sont vos alliées dans votre prescription d'APA.

Difficultés à évaluer la condition physique de votre patient ?

Difficultés à définir le type d'activité pouvant convenir à votre patient ?

Difficultés à trouver la structure adaptée à votre patient ?

Dans toutes ces situations, vous pouvez adresser votre patient en Maison Sport Santé.

Après réalisation d'un bilan global (bilan fonctionnel approfondi, évaluation de la motivation), le patient est orienté vers un programme adapté en Maison Sport Santé ou vers une structure extérieure adaptée à sa situation.

- Cas de la prescription d'un bilan APA dans le cadre du parcours de soins global après traitement du cancer.

Dans le département du Tarn, le référent dans le cadre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer est le **comité départemental du Tarn de la Ligue Contre le Cancer**.

Après prescription du bilan d'APA dans le cadre du parcours de soins global, orientez le patient vers le comité départemental du Tarn de la Ligue Contre le Cancer pour la réalisation du bilan et l'orientation vers la structure d'APA adéquate.

Rappel: la réalisation du bilan APA est prise en charge par l'Assurance Maladie, mais pas les séances d'APA.

A noter que la Ligue Contre le Cancer 81 propose une **aide financière** pour les séances d'APA lorsque le bilan a été effectué dans le cadre du parcours de soins global.

05 63 38 19 18 - cd81@ligue-cancer.net - <https://www.ligue-cancer.net/cd81/journal>

+ d'infos: <https://www.ligue-cancer.net/nos-missions/loffre-de-soins-de-support/activites-physiques-et-adaptees>

Références / Liens utiles:

- Organismes partenaires - CDOS Tarn
<https://cdos-tarn.fr/sports-sante-bien-etre/organismes-partenaires/>
- Activité Physique Sportive - Documents d'information et outils régionaux - Onco-Occitanie
<https://onco-occitanie.fr/nos-thematiques/par-soin-oncologique-de-support/activite-physique-sportive>
- Cartographie des offres Sport Santé- Occitanie Sport Santé
<https://occitanie-sport-sante.fr/professionnels-de-la-sante/>
- Medicosport-Santé - Edition 2020 - Comité National Sportif et Olympique Français
<https://medicosport.cnosf.org/uploads/documents/medicosport-sante-2020.pdf>

Des structures et associations d'APA localisés sur Albi, hors du territoire de la CPTS du Grand Gaillacois, ont été incluses dans cet annuaire.

Il s'agit des Maisons Sport Santé et d'associations proposant une APA plus particulièrement destinée aux patients atteints de cancer.

Trois Maison Sport Santé à Albi:

> Maison Sport Santé CDOS Activ & Vous (structure associative départementale)
plusieurs programmes proposés, dont un orienté Seniors fragiles
bilan des capacités physiques puis intégration dans un programme ou orientation vers une structure extérieure adaptée
coordonne les activités des différentes structures APA sur le territoire du Tarn
Pauline GINESTET
05 63 46 18 50 / 07 83 55 31 55
sportsante@cdostarn.fr
+ d'infos: <https://cdos-tarn.fr/sports-sante-bien-etre/maison-sport-sante/>

> Maison Sport Santé Albi (OMEPS - structure associative locale)
plusieurs dispositifs APA à destination de patients à niveau de LF minime à modéré

--> Dispositif TREMPLEIN
cycle de 6 semaines en 3 temps: bilan des capacités physiques puis reconditionnement par la pratique d'activité physique puis découverte de l'offre locale et orientation (dispositif gratuit)

--> Envie d'activité APA
adultes de moins de 65 ans présentant des limitations physiques modérées et/ou des problématiques de santé ne permettant pas d'intégrer des séances ordinaires
instauration AP régulière adaptée, maintien des capacités physique et lutte contre le déconditionnement, lien social

--> APA Seniors - Seniors fragiles
maintien d'une AP adaptée aux capacités de chacun, lutte contre l'isolement et maintien du lien social

Valérie CAMBOULIVES 06 31 29 06 66
Mathilde PUECH 06 33 48 29 47
maisonsportsante@omeps-albi.fr
+ d'infos: <https://www.omeps-albi.fr/les-dispositifs/>

> Maison Sport Santé Spécialisée Envie d'Activité (VYV Form'Autonomie - structure à but lucratif) spécialisée dans l'accompagnement de publics en situations complexes
plusieurs programmes proposés, dont un programme Maladies chroniques et ALD
bilan des capacités physiques puis intégration dans un programme spécialisé ou orientation vers une structure extérieure adaptée
niveau de LF pris en charge: minime à modéré
06 12 92 05 86
vyvformautonomie@vyv3.fr
+ d'infos: <https://terresdoc.vyv3.fr/maison-sport-sante-specialisee>

Associations à Albi:

Gym après cancer - CODEP EPGV Albi
niveau de LF pris en charge: minime à modéré
Aurore BRU
06 12 31 24 14 / 05 63 46 30 12
tarn@comite-epgv.fr

RUBIES Albi - rugby à 5 adapté
rugby santé adapté, à destination principalement de femmes atteintes d'un cancer
niveau de LF pris en charge: aucune à minime
Sébastien DEJESUS
07 69 62 72 82
sportif@asso-sca-albi.fr
+ d'infos: <http://www.les-rubies.com/>

Dragon Ladies Taranis - dragon boat
activité physique nautique sur bateau collectif ("pagaie-santé"), groupe féminin
niveau de LF prise en charge: aucune à minime
Camille BAUGIL
07 67 37 64 40
dragonladies.taranis@gmail.com

LF: limitation fonctionnelle
CDOS: Comité Départemental Olympique et Sportif
OMEPS: Office Municipal d'Education Physique et des Sports

- 1** Dispositif TREMPLIN Gaillac - CDOS Tarn
niveau de LF pris en charge: minime à modéré
objectifs: remettre en mouvement, trouver la
pratique la plus adaptée aux capacités physiques
et aux envies et orienter vers une structure
partenaire pour pérenniser la pratique
cycles de 6 semaines en 3 temps: bilan des
capacités physiques puis reconditionnement par
la pratique d'activité physique puis découverte de
l'offre locale et orientation
dispositif gratuit
Pauline GINESTET et Aurore BRU
07 83 55 31 55 / 06 12 31 24 14
sportsante@cdostarn.fr
+ d'infos: <https://www.omeps-albi.fr/les-dispositifs/#dispositif-tremplin>
- 2** Ateliers APA Seniors - Sport 7 - Gaillac
niveau de LF pris en charge: minime à modéré
Mathilde ECHE
06 87 62 87 11
eche.mathilde@hotmail.fr
+ d'infos : <https://www.sport-7.com/>
- 3** Séances APA - Loft by Justform - Gaillac
niveau de LF pris en charge: minime à modéré
Jérémy BILLON (kiné: bilan entrée et suivis,
programme personnalisé)
06 63 80 73 86
billon.jeremie@hotmail.fr
et Eva ESCRIBE (enseignante APA: tests physiques
puis mise en place du programme APA)
06 26 06 23 80
evaescribe.apa@gmail.com
+ d'infos: <https://justform.fr/le-loft-gaillac/>
- 4** APA multisport Seniors fragiles - Cap Atout Age 81
Gaillac / Lagrave / Marssac-sur-Tarn
niveau de LF pris en charge: minime à modéré
Marie-Hélène CARLES
07 89 68 99 84
capatoutage81@gmail.com
+ d'infos: <https://www.capatoutage81.fr/>
- 5** Tennis Santé - Tennis Club Gaillac
niveau de LF pris en charge: aucune à minime
Geoffrey LAUDAT
06 83 41 80 56
geoffrey.laudat@gmail.com / tcgaillac@gmail.com
- 6** Cours collectifs Seniors - Siel bleu
Brens / Rivières / Lisle-sur-Tarn / Lagrave / Cadalen
niveau de LF pris en charge: minime à modéré
Benjamin CALMELS
07 61 38 78 88
+ d'infos: <https://mescours.sielbleu.org/group-classes/>
- 7** Gym douce, Gym seniors, Marche active, Marche
nordique - Horizon Forme
Cordes-sur-Ciel / Les-Cabannes / Tonnac
niveau de LF pris en charge: aucune à minime
Nathalie FREZOUL
06 23 83 33 46
nathysport.frez@netcourrier.com
- 8** Multi Activités Seniors - UFOLEP
Castelnau-de-Montmiral
niveau de LF pris en charge: aucune à minime
Emeline SAUX
07 77 79 91 24
- 9** Ateliers APA Senior - Maison Astrolabe, Cahuzac-
sur-Vère
niveau de LF pris en charge: aucune à minime
Nathalie DECOMBAS et Sandrine FORMAGE
06 77 99 59 15
+ d'infos: <https://www.lamaisonastrolabe.com>
- 10** Ping Senior - Tennis de Table Pays Gaillacois
Labastide-de-Lévis
niveau de LF pris en charge: aucune à minime
Philippe GOUILLON
06 25 15 19 29
gouillonphil.ttpg@mailo.com
+ d'infos:
<https://tppaysgaillacois.clubeo.com/page/sport-sante.html>
- 11** Handfit - Ouest Tarn Handball - Lisle-sur-Tarn
pratique adaptée dérivée du handball
niveau de LF pris en charge: aucune à minime
Dylan LEROUX
06 49 48 68 75
+ d'infos: <https://www.othb81.org/>

LF: limitation fonctionnelle

CDOS: Comité Départemental Olympique et Sportif

Annexe 2 : Fiche d'aide à la prescription d'APA chez les patients atteints de cancer et ses annexes

Aide à la prescription d'activité physique adaptée chez le patient atteint de cancer.

1/ Bénéfices de l'activité physique chez les patients atteints de cancer.

Activité physique (AP) = thérapeutique non médicamenteuse validée.

→ prévention et correction du déconditionnement physique: amélioration des capacités cardio-respiratoires, amélioration des fonctions musculaires ;

→ impact positif sur la composition corporelle: réduction de la masse grasse, maintien ou gain de masse musculaire, prévention de la perte osseuse ;

→ impact sur la qualité de vie: amélioration de la qualité de vie globale, réduction de la perception de la fatigue, réduction de la douleur, impact positif sur symptômes anxio-dépressifs, estime de soi et image corporelle, sommeil ;

→ impact sur les effets indésirables des traitements: récupération et diminution des douleurs post chirurgie et radiothérapie, lutte contre certains effets indésirables de l'hormonothérapie, de la chimiothérapie et des thérapies ciblées ;

→ réduction de la mortalité et du risque de récurrence (principalement démontré pour cancers du sein, colon et prostate).

Les bénéfices de l'activité physique chez les patients atteints de cancer sont bien supérieurs aux risques.

Or, la majorité de ces patients réduit son AP après un diagnostic de cancer, et 50 à 70% d'entre eux n'atteignent pas les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

2/ L'activité physique adaptée (APA) chez les patients atteints de cancer.

→ **pour qui ?** pour les patients " n'ayant pas un niveau régulier d'activité physique égal ou supérieur aux recommandations de l'OMS et qui ne peuvent augmenter leur niveau d'activité physique en autonomie, de façon adaptée et sécurisée" (article D1172-1 du Code de la santé publique (CSP)).

→ **pour quoi ?** adapter, encadrer et sécuriser la pratique ; accompagner le patient vers la pratique d'AP en autonomie à long terme, en vue d'atteindre les recommandations de l'OMS.



(Recommandations OMS d'activité physique pour les adultes et personnes âgées atteintes de pathologies chroniques)

→ **comment ?** sur prescription médicale.

ATTENTION: la prescription n'ouvre pas droit à une prise en charge financière de l'APA par la Sécurité Sociale ; cependant possible prise en charge partielle ou totale par certains organismes d'assurance / mutuelles ou certains acteurs territoriaux.

→ **par qui ?** dispensation de l'APA par un professionnel qualifié en APA, défini selon l'article D1172-2 du CSP:

- professionnels de santé: ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute
- enseignants en APA
- éducateurs sportifs agréés
- autres professionnels de l'AP autorisés: titulaires d'une certification fédérale, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté ministériel.

Le professionnel d'APA adapte le programme à la (aux) pathologie(s), au degré d'autonomie, aux capacités et aux limitations fonctionnelles du patient. Il transmet périodiquement au médecin prescripteur un compte rendu: déroulement des séances, effets du programme sur la condition physique, l'état fonctionnel, le degré d'autonomie du patient.

L'orientation vers le professionnel d'APA se décide en fonction du niveau de limitation fonctionnelle du patient et du profil de l'intervenant (niveau de limitation fonctionnelle qu'il est autorisé à encadrer).

→ cf *annexe 1* pour identifier les domaines d'intervention des différents professionnels d'APA.

3/ Contenu de la consultation d'APA.

La prescription se fait au terme d'une consultation d'activité physique dont les points importants sont:

→ Recherche d'éventuelles **contre-indications** à la pratique d'AP (elles sont la plupart du temps temporaires et doivent être réévaluées régulièrement) et d'éventuelles situations nécessitant des **précautions particulières** dans la pratique → cf *annexes 2 et 3*.

→ Évaluation du **niveau de risque cardiovasculaire**.

Les patients ayant reçu un traitement cardiotoxique (certaines chimiothérapies, radiothérapie thoracique) ont, même à distance des traitements, un niveau de risque cardiovasculaire élevé qui peut nécessiter un avis spécialisé / des examens complémentaires avant de débiter un programme d'AP à une intensité au moins modérée.

+ d'infos: cf chapitre "Évaluation du niveau de risque cardio-vasculaire du patient" du Guide HAS "Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte."

→ Évaluation de la **condition physique** du patient: niveau d'activité physique et de sédentarité.

Outils possibles: autoquestionnaire GPAQ, questionnaire de Marshall, tests simples de condition physique en environnement → cf *annexe 4*. Un bilan plus approfondi peut être réalisé par le professionnel d'APA.

→ Détermination du **profil de limitation fonctionnelle (LF)**.

Le niveau de LF ne correspond pas à la sévérité de la pathologie mais à l'ensemble des limitations locomotrices, cérébrales, sensorielles et de douleur. Chaque fonction doit être individuellement évaluée ; le niveau de LF résultant du patient correspond théoriquement à la LF la plus sévère qui aura été constatée → cf *annexe 5*.

Ce niveau de LF détermine la qualification minimale requise par le professionnel qui dispensera l'activité.

→ **Entretien motivationnel**: évaluation du niveau de motivation, choix de la (des) activité(s).

+/- demande d'avis spécialisé (cardiologue, oncologue, médecin du sport) / épreuve d'effort / autres examens complémentaires.

A noter: dans le cadre du **parcours de soins global après le traitement d'un cancer**, il est possible de prescrire au patient en fin de traitement actif (chirurgie/radiothérapie/chimiothérapie) un bilan fonctionnel et motivationnel d'APA. Prescription possible jusqu'à 12 mois après la fin du traitement actif (hors traitements de maintenance ou adjuvants, type hormonothérapie). Attention: le bilan est financé par l'Assurance Maladie, mais les séances d'APA ne le sont pas.

4/ Contenu de la prescription.

La prescription d'APA renseigne les éléments suivants:

- le(s) type(s) d'activité(s) préconisée(s) (ex: endurance, renforcement musculaire, souplesse, équilibre)
- le niveau de limitation fonctionnelle
- les éventuelles restrictions d'activités et précautions particulières (ex: niveau d'intensité à ne pas dépasser selon échelle de Borg, pas de port de charges, pas de sauts, pas de sport à risque de collision, vigilance lors de la sollicitation de certaines articulations/zones du corps, etc)
- la durée de prescription: 3 à 6 mois, éventuellement renouvelable.

La prescription doit s'accompagner d'un certificat de non contre-indication. Le modèle de formulaire de prescription qui vous est proposé en annexe combine ces deux éléments.

Références / Pour aller plus loin:

Code de la santé publique. Prescription d'activité physique (articles D1172-1 à D1172-5).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LLEGITEXT000006072665/LLEGISCTA000033826186/#LLEGISCTA000033826290

Haute Autorité de Santé. Recommander les bonnes pratiques. Synthèse: la prescription d'activité physique adaptée. Paris: HAS ; 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/synthese_prescription_apa_vf.pdf

Haute Autorité de Santé. Organisation des parcours. Prescription d'activité physique et sportive cancers: sein colorectal, prostaté.

Paris: HAS ; 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_247_ref_aps_cancers_cd_vf.pdf

Haute Autorité de Santé. Recommander les bonnes pratiques. Guide consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Paris: HAS ; 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf

Institut national du cancer. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer: des connaissances scientifiques aux repères pratiques. Paris: INCa ; 2017.

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Benefices-de-l-activite-physique-pendant-et-apres-cancer-Des-connaissances-aux-reperes-pratiques>

Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'œil Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240014886>

Professionnels de santé. Occitanie Sport Santé. <https://occitanie-sport-sante.fr/professionnels-de-la-sante/>

Azur Sport Santé. Kit d'aide à la prescription d'activité physique. 2023.

https://azursportsante.fr/wp-content/uploads/2023/10/Kit-Prscription-activite%CC%81-physique_v.11.10.2023.pdf

Annexes

Annexe 1 : Tableau des interventions des professionnels et autres intervenants.

Évolutions	DOMAINES D'INTERVENTION PRÉFÉRENTIELS DES DIFFÉRENTS MÉTIERS			
	Aucune restriction	Limitation relative	Limitation modérée	Contre-indication
Muscles Kinesithérapeutes	+	+	++	+++
Enthérapies et psychomotricité (avec formation de certificat de qualification, etc...)	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++
Émoussés en AFA	+++	++	+++	++
Éducateurs sportifs	+++	+++	+	NON CONCERNÉ
Tendons d'un bras à faible prédominance ou d'un certificat de qualification antécédents anéant sur l'aptitude intermédiaire	+++	++	+	NON CONCERNÉ
Tendons d'un membre supérieur ou d'un membre inférieur	+++	++	+	NON CONCERNÉ

Ministère des solidarités et de la santé. Instruction interministérielle no DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée
https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-05/ste_20170005_0000_0030.pdf

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

Annexe 2 : Contre-indications à une AP d'intensité au moins modérée chez un patient atteint d'un cancer.

Contre-indications de l'AP	Commentaires
Fatigue extrême	Ne pas faire d'AP en cas de fièvre, de fatigue extrême, d'anémie significative
Syndrôme infectieux sévère en cours d'évolution	En cas de fatigue importante encourager à pratiquer 10 min d'AP de faible intensité par jour
Anémie prononcée (hémoglobine ≤ 9 g/dL)	
Plaquettes $< 50\ 000/\text{mm}^3$	
Leucocytes $< 1\ 500/\text{mm}^3$	
Suites précoces de chirurgie	Risque de déhiscence de cicatrice ou d'hémorragie Attendre le temps de guérison (selon les recommandations du chirurgien) avant de pratiquer de l'AP
Décompensation d'une pathologie cardio-pulmonaire	Les événements cardio-pulmonaires sont plus fréquents chez les patients après traitement d'un cancer
Lésions osseuses lytiques ou (actives ou des os longs)	La contre-indication concerne la mobilisation de la zone rachidienne ou du membre atteint
Dénutrition sévère	

Haute Autorité de Santé. Organisation des parcours. Prescription d'activité physique et sportive cancers: sein colorectal, prostate. Paris: HAS; 2019.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_247_ref_aps_cancers_cd_vf.pdf

Annexe 3: Situations nécessitant des précautions particulières pour la pratique de l'AP chez un patient atteint de cancer.

Situations particulières	Remarques
Comorbidité cardio-vasculaire ou insuffisance respiratoire	Ces patients nécessitent une adaptation de l'intensité des AP et de leur supervision
Amyotrophie importante	Proposer un renforcement musculaire segmentaire très progressif
Patients avec risque de fracture élevée - ostéoporose connue - traitée par hormonothérapie (cancer du sein et de la prostate) - ou ayant des métastases osseuses connues	Ces patients requièrent des modifications de leur programme d'AP et une augmentation de la supervision pour éviter les traumatismes
Neuropathie périphérique induite ou non par un traitement	Des troubles de la proprioception peuvent gêner la pratique d'une AP et augmenter le risque de chute
Motricité de la main et la stabilité des articulations de l'épaule	Associer un travail de rééducation utile
Lymphoedème d'un membre	Faible risque majeur à la pratique d'une AP en endurance ou en renforcement musculaire. Chez une femme avec un lymphoedème, on doit desserrer le port d'un vêtement de compression, selon le type d'AP et le type de lymphoedème En cas de modification des symptômes ou de gonflement des bras, réduire ou arrêter les AP du haut du corps en l'attente d'une évaluation médicale et d'un traitement
Réponse immunitaire diminuée	Éviter les gymnases et les piscines publiques, et ce pendant 1 an ou post-greffe après transplantation, selon l'avis du spécialiste
Acres radiothérapie	Risque d'infection, pas d'AP aquatique pendant et jusque 2 à 3 mois, selon avis du spécialiste
Agès chirurgie	Attendre le temps de guérison avant de pratiquer de l'AP, selon avis du spécialiste. Ce temps peut atteindre 8 semaines
Symptômes digestifs ou vésicaux	Ne constitue pas une limitation aux AP, si le patient est devenu autonome dans la gestion de sa stomie Une consultation médicale est recommandée pour les patients avec une stomie avant de pratiquer un sport de contact (marche de course), ou des exercices en renforcement musculaire (risque de hernie) Arrêter les exercices en cas de hernie ou d'infection systémique liée à la stomie
Porteurs d'un cathéter à demeure ou d'un tube alimentaire	Être prudent et éviter piscine, lac, mer (risque infectieux) Éviter les exercices en renforcement musculaire impliquant des muscles dans la région de la nuque (risque de délogement)

Haute Autorité de Santé. Organisation des parcours. Prescription d'activité physique et sportive cancers: sein colorectal, prostate. Paris: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_247_ref_aps_cancers_cd_vf.pdf

Annexe 4: Tests simples de condition physique en environnement.

<p>La capacité cardiorespiratoire (ou endurance aérobie ou endurance) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le test de marche de 6 minutes (TM6) ; ou de 7 min (TM7) Le test de stepper de 6 minutes ; Les tests de levage de charge <p>Les aptitudes musculaires (force musculaire et endurance musculaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les tests de levage de charge, pour les groupes musculaires des membres inférieurs ; Le curl-up test pour le groupe musculaire abdominal Le push-up test, le single-arm test et l'handgrip, pour les groupes musculaires des membres supérieurs <p>La souplesse du corps :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le sit-and-reach test, pour la souplesse du bas du corps Le test de souplesse des épaules, pour la souplesse du haut du corps <p>L'équilibre :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le test d'appui unipodal ; Le test Tandem 	<p>Haute Autorité de Santé. Recommander les bonnes pratiques. Guide consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Paris: HAS ; 2022. https://www.has.sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf</p>
--	---

Annexe 5: Tableau des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une affection de longue durée.

TABLEAU DES PHÉNOTYPES FONCTIONNELS					
Fonctions		Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Fonctions locomotrices	Fonction musculaire	Normale	Altération mineure 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	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	Fas 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 x taille en cm) - (5,32 x âge en années) - (1,80 x poids en kg) + (51,31 x sexe), avec : sexe=0 pour les femmes, 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, temps, 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	Ni 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 objets dans à proche ou longue distance	Vision perturbée de lecture et l'écriture mais circulation possible 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 et l'écriture circulation seul impossible dans un environnement non familier
	Capacité tactile	Stimulations sensorielles perçues et localisées	Stimulations sensorielles perçues mais mal localisées	Stimulations sensorielles perçues mais non localisées	Stimulations sensorielles 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 réajustements rapides	Déséquilibres mal compensés avec réajustements difficiles	Déséquilibres sans réajustement 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

Ministère des solidarités et de la santé. Instruction interministérielle no DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée
https://sante.gouv.fr/fichiers/bp/2017/17_05/ste_20170005_0000_0030.pdf

Annexe 3 : Modèle type de formulaire de prescription

Formulaire type de prescription d'activité physique adaptée.

Je soussigné(e) Docteur en médecine, certifie avoir examiné Mme/M. né(e) le et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée dans les conditions ci-dessous.

Je prescris à Mme/M. une activité physique et/ou sportive adaptée^{1,2} supervisée pendant, à une fréquence hebdomadaire et à une intensité à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, en privilégiant le développement des capacités suivantes:

Endurance Renforcement musculaire Souplesse Équilibre/Coordination

Cette pratique devra être supervisée par un intervenant qualifié ayant les compétences requises conformément à l'instruction ministérielle^{1,2} pour encadrer des patients présentant la limitation fonctionnelle suivante:

Aucune Minimale Modérée Sévère

Préconisations particulières et compléments d'information à l'intention de l'intervenant permettant d'adapter et de sécuriser la pratique:

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

Remis en mains propres au patient le
à

Signature et cachet

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

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

² Décret n° 2023-234 du 30 mars 2023 relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée.

Ce modèle de prescription est rédigé sur la base des deux formulaires de prescription validés suivants:

- Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants, en annexe de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.
https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-05/ste_20170005_0000_0030.pdf
- Formulaire type de prescription d'activité physique adaptée. Kit d'aide à la prescription d'activité physique. Azur Sport Santé. 2023
https://azursportsante.fr/wp-content/uploads/2023/10/Kit-Precription-activite%CC%81-physique_v.11.10.2023.pdf

Annexe 4 : E-mail adressé en juillet 2023 aux médecins généralistes de la CPTS du Grand Gaillacois pour leur présenter le projet de thèse

Chère consœur, cher confrère,

Je vous sollicite dans le cadre de mon travail de thèse, qui vise à explorer les effets de la mise à disposition d'un annuaire des professionnels d'activité physique adaptée (APA) et d'une fiche d'aide à la prescription sur la pratique de prescription d'APA par les médecins généralistes chez les patients atteints de cancer.

Cette étude est réalisée dans le cadre de la CPTS du Grand Gaillacois et dirigée par le Docteur Théo COMBES.

Vous faites partie, au même titre que tous les médecins généralistes du territoire de la CPTS du Grand Gaillacois, de la population cible de cette étude.

Un premier questionnaire, visant à évaluer vos habitudes de conseil et de prescription d'activité physique chez les patients atteints de cancer, vous sera adressé prochainement par courrier.

Au mois de septembre 2023, vous recevrez un annuaire des structures et professionnels d'APA du secteur, accompagné d'une fiche d'aide à la prescription d'APA chez les patients atteints de cancer.

Trois mois plus tard, un second questionnaire vous sera adressé par courrier afin d'évaluer l'évolution de vos pratiques de prescription d'APA chez les patients atteints de cancer, et recueillir votre avis sur l'annuaire et la fiche d'aide à la prescription qui vous auront été proposés.

Parce que cette étude n'est pas réalisable sans vous, je vous remercie par avance pour votre participation à ce projet.

Confraternellement,

Estelle MALASSIS

Annexe 5 : Premier questionnaire

NOM :

PRÉNOM :

.....

Activité physique et cancer.

1. Pensez-vous que la promotion et la prescription d'activité physique dans le parcours de soins du patient atteint de cancer (pendant ou après traitement) fassent partie de vos missions de médecin généraliste ?

- Oui
- Non

2. A quelle fréquence évoquez-vous la pratique d'activité physique avec vos patients atteints de cancer (pendant ou après traitement) ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Systématiquement

3. Quelle(s) approche(s) adoptez-vous sur la question de la pratique d'activité physique auprès de vos patients atteints de cancer (pendant ou après traitement) ? Plusieurs réponses possibles :

- Je n'évoque pas le sujet.
- J'évoque le sujet sans faire de recommandations.
- Je recommande la pratique au moyen de conseils oraux.
- Je recommande la pratique au moyen de conseils écrits.
- Je prescris un programme d'activité physique adapté.
- Autre ; précisez :

Prescription d'activité physique adaptée chez le patient atteint de cancer.

4. Avez-vous déjà réalisé une prescription écrite d'activité physique adaptée chez un patient atteint de cancer (pendant ou après traitement) ?

- Oui
- Non

5. Si oui, sur les 3 derniers mois, à combien estimez-vous ce nombre de prescriptions ?

....

6. Vous sentez-vous à l'aise dans la rédaction d'une prescription d'activité physique adaptée chez un patient atteint de cancer ?

- Oui, tout à fait

- Oui, plutôt
- Sans opinion
- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout

7. Pour chacune des propositions suivantes, indiquez en cochant la case correspondante si elle constitue pour vous un obstacle à la prescription d'activité physique adaptée chez les patients atteints de cancer :

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Sans opinion	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
Mauvaise connaissance de l'activité physique adaptée et de ses bénéfices					
Difficultés à formuler la prescription					
Difficultés à évaluer le niveau de limitation fonctionnelle du patient					
Manque de temps à y consacrer					
Absence de cotation spécifique pour la consultation de prescription d'activité physique adaptée					
Absence de prise en charge financière pour le patient					
Difficulté à trouver des structures / professionnels où orienter le patient					
Difficulté à identifier la structure / le professionnel adapté au niveau de limitation fonctionnelle du patient					
Refus ou manque de motivation du patient					
Autres; précisez :					

Les médecins généralistes et l'offre en activité physique adaptée.

8. Comment évaluez-vous votre connaissance des structures et professionnels prenant en charge les prescriptions d'activité physique adaptée dans votre secteur d'exercice ?

- Mauvaise
- Médiocre
- Correcte
- Bonne
- Excellente

9. Avez-vous déjà adressé de manière ciblée un patient atteint de cancer à un professionnel d'activité physique adaptée ?

- Oui
- Non

10. Si oui, à quel type de professionnel ? Plusieurs réponses possibles :

- Enseignant en activité physique adaptée
- Educateur sportif
- Kinésithérapeute
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Autre ; précisez:

11. Que pensez-vous de l'intérêt d'un annuaire regroupant les structures et professionnels prenant en charge les prescriptions d'activité physique adaptée dans votre secteur d'exercice ?

- Inutile
- Peu utile
- Sans opinion
- Utile
- Très utile

12. Que pensez-vous de l'intérêt d'une fiche d'aide à la prescription d'activité physique adaptée chez les patients atteints de cancer ?

- Inutile
- Peu utile
- Sans opinion
- Utile
- Très utile

Pour terminer, quelques informations sur vous :

Afin d'enrichir l'analyse du questionnaire, merci de renseigner les informations ci-dessous.

13. Sexe :

- Masculin
- Féminin

14. Âge :

- Moins de 40 ans
- Entre 40 et 60 ans
- Plus de 60 ans

15. Année de première installation : ...
(*renseigner l'année uniquement*)

16. Avez-vous une formation spécifique en médecine du sport ?

- Oui
- Non

Commentaires libres/ attentes/ suggestions (facultatif) :

Le questionnaire touche à sa fin.
Un grand merci pour votre contribution à ce travail.

Annexe 6 : Lettre accompagnant le premier questionnaire

Chère consoeur, cher confrère,

Je vous sollicite dans le cadre de mon travail de thèse, qui vise à explorer les effets de la mise à disposition d'un annuaire des professionnels d'activité physique adaptée (APA) et d'une fiche d'aide à la prescription sur la pratique de prescription d'APA par les médecins généralistes chez les patients atteints de cancer.

Ce premier questionnaire vise à faire un état des lieux de votre approche de l'activité physique dans le cancer, ainsi que de vos pratiques et ressentis concernant la prescription d'activité physique adaptée chez les patients atteints de cancer. Le temps nécessaire pour remplir ce questionnaire est d'environ 5 minutes.

Pour rappel, l'activité physique adaptée (APA) est destinée à des patients atteints de maladie chronique et dont les besoins spécifiques empêchent une pratique autonome et sécurisée en conditions ordinaires. Le médecin peut alors prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. L'APA est dispensée par un professionnel qualifié en APA, qui encadre et sécurise la pratique.

Source: Haute Autorité de Santé. La prescription d'activité physique adaptée. Recommander les bonnes pratiques. Paris: HAS ; 2022.

Suite au retour de ce questionnaire, il vous sera adressé au mois d'octobre 2023 un annuaire des structures et professionnels en APA du secteur ainsi qu'une fiche d'aide à la prescription d'APA chez les patients atteints de cancer.

Trois mois après la mise à disposition de ces documents, un deuxième et dernier questionnaire vous sera adressé afin d'évaluer l'évolution de vos pratiques de prescription d'APA chez les patients atteints de cancer, et recueillir votre avis sur l'annuaire et la fiche d'aide à la prescription qui vous auront été proposés.

Merci de renseigner en début de questionnaire votre nom et prénom. Le traitement des questionnaires est anonymisé. L'identification a pour but d'apparier les réponses aux deux questionnaires et de transmettre les relances de manière ciblée en cas de non réponse.

Une fois rempli, le questionnaire est à renvoyer au choix

- par mail à l'adresse suivante: estelle.malassis.pro@gmail.com
- par courrier à l'aide de l'enveloppe pré affranchie fournie avec le questionnaire.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Confraternellement,

Estelle MALASSIS
estelle.malassis.pro@gmail.com

Annexe 7 : Lettre accompagnant le dossier documentaire

Chère consoeur, cher confrère,

Voici les documents destinés à vous accompagner dans la prescription d'activité physique adaptée chez vos patients atteints de cancer.

Vous trouverez:

- la fiche d'aide à la prescription d'activité physique adaptée chez le patient atteint de cancer, accompagnée d'une fiche d'annexes ;
- l'annuaire des professionnels en activité physique adaptée du secteur du Grand Gaillacois ;
- un modèle de formulaire de prescription.

Dans 3 mois, vous recevrez un questionnaire afin d'explorer l'évolution de vos pratiques de prescription d'activité physique adaptée chez les patients atteints de cancer, et recueillir vos impressions sur les documents fournis.

Confraternellement,

Estelle Malassis

estelle.malassis.pro@gmail.com

Annexe 8 : Deuxième questionnaire

NOM :

PRÉNOM :

.....

Activité physique et cancer.

1. A quelle fréquence évoquez-vous la pratique d'activité physique avec vos patients atteints de cancer (pendant ou après traitement) ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Systématiquement

2. Quelle(s) approche(s) adoptez-vous sur la question de la pratique d'activité physique auprès de vos patients atteints de cancer (pendant ou après traitement) ? Plusieurs réponses possibles :

- Je n'évoque pas le sujet.
- J'évoque le sujet sans faire de recommandations.
- Je recommande la pratique au moyen de conseils oraux.
- Je recommande la pratique au moyen de conseils écrits.
- Je prescris un programme d'activité physique adaptée.
- Autre ; précisez :

Prescription d'activité physique adaptée chez le patient atteint de cancer.

3. Avez-vous déjà réalisé une prescription écrite d'activité physique adaptée chez un patient atteint de cancer (pendant ou après traitement) ?

- Oui
- Non

4. Si oui, sur les 3 derniers mois, à combien estimez-vous ce nombre de prescriptions ?

....

5. Vous sentez-vous à l'aise dans la rédaction d'une prescription d'activité physique adaptée chez un patient atteint de cancer ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Sans opinion
- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout

6. Pour chacune des propositions suivantes, indiquez en cochant la case correspondante si elle constitue pour vous un obstacle à la prescription d'activité physique adaptée chez les patients atteints de cancer :

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Sans opinion	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
Mauvaise connaissance de l'activité physique adaptée et de ses bénéfices					
Difficultés à formuler la prescription					
Difficultés à évaluer le niveau de limitation fonctionnelle du patient					
Manque de temps à y consacrer					
Absence de cotation spécifique pour la consultation de prescription d'activité physique adaptée					
Absence de prise en charge financière pour le patient					
Difficulté à trouver des structures / professionnels où orienter le patient					
Difficulté à identifier la structure / le professionnel adapté au niveau de limitation fonctionnelle du patient					
Refus ou manque de motivation du patient					
Autres; précisez :					

Les médecins généralistes et l'offre en activité physique adaptée.

7. Comment évaluez-vous votre connaissance des structures et professionnels prenant en charge les prescriptions d'activité physique adaptée dans votre secteur d'exercice ?

- Mauvaise
- Médiocre
- Correcte
- Bonne
- Excellente

8. Avez-vous déjà adressé de manière ciblée un patient atteint de cancer à un professionnel d'activité physique adaptée ?

- Oui
- Non

9. Si oui, à quel type de professionnel ? Plusieurs réponses possibles :

- Enseignant en activité physique adaptée
- Educateur sportif
- Kinésithérapeute
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Autre ; précisez:

10. Avez-vous déjà adressé un patient atteint de cancer vers une Maison Sport Santé ?

- Oui, déjà fait avant la réception du dossier documentaire
- Oui, après réception du dossier documentaire mais jamais avant
- Non

Dossier documentaire : utilisation et impressions

11. Quelle a été votre utilisation du dossier documentaire fourni en novembre 2023 ? Plusieurs réponses possibles.

- J'ai utilisé l'annuaire des professionnels en activité physique adaptée du secteur du Grand Gaillacois
- J'ai utilisé la fiche d'aide à la prescription d'activité physique adaptée chez les patients atteints de cancer et ses annexes
- J'ai utilisé le modèle d'ordonnance de prescription d'activité physique adaptée
- Je n'ai utilisé aucun des documents du dossier

12. Si vous n'avez pas utilisé le dossier documentaire, quelle(s) en est (sont) la (les) raison(s) ? Plusieurs réponses possibles.

- Manque de temps
- Connaissances déjà suffisantes pour prescrire sans l'aide du dossier documentaire
- Manque d'occasions de prescrire
- Mauvaise qualité des documents du dossier documentaire
- Autres ; précisez:

13. L'annuaire a-t-il répondu à vos besoins pour la prescription d'activité physique adaptée chez le patient atteint de cancer ?

- Oui, complètement
- Oui, partiellement
- Sans opinion

- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout

14. La fiche d'aide à la prescription a-t-elle répondu à vos besoins pour la prescription d'activité physique adaptée chez le patient atteint de cancer ?

- Oui, complètement
- Oui, partiellement
- Sans opinion
- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout

15. Quels reproches pourriez-vous faire à l'annuaire ?

- Incomplet / structures absentes
- Manque de renseignements sur les structures
- Manque de clarté / lisibilité
- Manque d'information sur les qualifications des professionnels encadrant la pratique de l'activité physique adaptée
- Autre ; précisez:

16. Quels reproches pourriez-vous faire à la fiche d'aide à la prescription ?

- Incomplète / manque d'information
- Manque de précision
- Manque de références bibliographiques
- Manque de clarté / lisibilité
- Autre ; précisez:

17. Avez vous utilisé l'annuaire et/ou les outils d'aide à la prescription dans d'autres situations que l'adressage ciblé à un professionnel de l'activité physique adaptée après prescription écrite d'activité physique adaptée ?

- Oui
- Non

18. Si oui, lesquelles ? :

- Adressage au professionnel d'activité physique adaptée sans prescription écrite d'activité physique adaptée
- Partage de l'annuaire au patient sans adressage à un intervenant ciblé ni prescription écrite d'activité physique adaptée
- Prescription d'activité physique hors cadre de l'activité physique adaptée
- Prescription d'activité physique adaptée dans le cadre d'une autre pathologie que le cancer
- Autre ; précisez :

19. Parmi les propositions suivantes, lesquelles seraient susceptibles de vous intéresser ?

- Soirée de formation sur la prescription d'activité physique adaptée
- Rencontre entre médecins généralistes et professionnels de l'activité physique adaptée
- Mise en ligne de l'annuaire avec carte interactive sur le site internet de la CPTS
- Autres ; précisez

Commentaires libres/ attentes/ suggestions (facultatif) :

Le questionnaire touche à sa fin. Un grand merci pour votre contribution à ce travail.

Annexe 9 : Lettre accompagnant le deuxième questionnaire

Chère consœur, cher confrère,

Vous participez à mon travail de thèse sur la prescription d'activité physique adaptée (APA) chez le patient atteint de cancer, et je vous en remercie.

Voici le deuxième et dernier questionnaire, trois mois après la mise à votre disposition du dossier documentaire sur la prescription d'APA chez le patient atteint de cancer.

Ce questionnaire a pour objectif de rechercher une évolution de vos pratiques de prescription d'APA dans le cadre du cancer ainsi qu'une évolution de votre ressenti quant à cette prescription. Il vous sera également demandé votre niveau de satisfaction quant au dossier documentaire qui vous a été proposé.

Afin d'être dans les temps pour le traitement des résultats et le rendu de mon manuscrit, je vous serais reconnaissante de me faire parvenir votre réponse au plus tôt, sous 15 jours (avant le 10/03/2024).

Le temps nécessaire pour remplir ce questionnaire est d'environ 5-7 minutes.

Une fois rempli, le questionnaire est à renvoyer au choix

- par mail à l'adresse suivante: estelle.malassis.pro@gmail.com
- par courrier à l'aide de l'enveloppe pré affranchie fournie avec le questionnaire.

En vous remerciant par avance pour votre retour,

Confraternellement,

Estelle MALASSIS
estelle.malassis.pro@gmail.com

AUTEUR : Estelle MALASSIS

TITRE : Prescription d'activité physique adaptée par le médecin généraliste chez les patients atteints de cancer : étude de l'impact de la mise à disposition d'outils d'aide à la prescription et à l'orientation au sein de la CPTS du Grand Gaillacois.

Directeur de thèse : Théophile COMBES

Soutenue publiquement le 10 juin 2024 à Toulouse

Résumé

INTRODUCTION : La pratique d'activité physique est reconnue comme bénéfique dans le cadre du parcours de soins du patient atteint de cancer. Depuis 2016, les médecins généralistes (MG) peuvent prescrire de l'activité physique adaptée (APA) à leurs patients, mais cette pratique reste peu répandue. Des études antérieures ont identifié précisément les freins à la prescription d'APA par les MG.

OBJECTIF PRINCIPAL : Etudier l'impact de la mise à disposition d'outils d'aide à la prescription et à l'orientation sur la prescription d'APA par les MG chez les patients atteints de cancer.

MÉTHODE : Nous avons mené une étude observationnelle prospective avant-après. L'intervention consistait en la mise à disposition des MG de la CPTS du Grand Gaillacois (46 MG) d'un annuaire des professionnels de l'APA du secteur, d'une fiche d'aide à la prescription d'APA dans le cadre du cancer et d'un modèle de formulaire de prescription. 24 MG ont répondu aux questionnaires avant et 3 mois après l'intervention.

RÉSULTATS : Trois mois après réception des outils, la proportion de médecins ayant déjà effectué une prescription d'APA dans le cadre du cancer est passée de 17 à 37%. La part de médecins s'estimant à l'aise avec cette prescription a augmenté de 21 à 37%. Les freins établis que sont la mauvaise connaissance de l'APA, la difficulté à formuler la prescription, et la difficulté à identifier des structures et professionnels d'APA ont tous diminué significativement. La proportion de médecins estimant mal connaître l'offre locale en APA a diminué de 100 à 66%. Le manque de temps restait le principal frein à la prescription.

CONCLUSION : Les outils ont permis d'augmenter la proportion de MG prescripteurs et d'améliorer le niveau d'aise à la prescription et la connaissance de l'offre locale d'APA des MG.

Impact of Prescription and Referral Tools on Adapted Physical Activity Prescription by General Practitioners for Cancer Patients: A Study in the Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Grand Gaillacois.

Abstract

INTRODUCTION: Physical activity is recognized as beneficial for cancer patients throughout their treatment journey. Since 2016, general practitioners (GPs) in France have been able to prescribe adapted physical activity (APA) to their patients, but this practice remains uncommon. Previous studies have identified specific barriers to APA prescription by GPs.

PRIMARY OBJECTIVE: To investigate the impact of providing prescription and referral tools on APA prescription by GPs for cancer patients.

METHODS: We conducted a prospective before-after observational study. The intervention consisted of providing GPs with a directory of APA professionals in the area, an APA prescription aid sheet for cancer patients, and a prescription form template. 24 GPs responded to questionnaires before and 3 months after the intervention.

RESULTS: Three months after receiving the tools, the proportion of physicians who had already prescribed APA for cancer increased from 17% to 37%. The proportion of physicians who felt comfortable prescribing APA increased from 21% to 37%. The identified barriers of poor knowledge of APA, difficulty formulating prescriptions, and difficulty identifying APA structures and professionals all decreased significantly. The proportion of physicians who felt they had poor knowledge of local APA offerings decreased from 100% to 66%. Lack of time remained the primary barrier to prescription.

CONCLUSION: The tools increased the proportion of prescribing GPs and improved their comfort level with APA prescription and knowledge of local APA offerings.

Mots-Clés : cancer ; activité physique adaptée ; prescription ; médecin généraliste ; orientation ; CPTS

Keywords : cancer ; adapted physical activity ; prescription ; general practitioner ; referral ; CPTS

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE
