

**ANNEE 2025**

N°

**TITRE DE LA THESE**

Etat des lieux de la prescription d'Activité Physique Adaptée par les médecins généralistes sur le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or en 2025

**THESE**  
Présentée

À l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

Et soutenue publiquement le 25 septembre 2025

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par NARBONNET Solène

Née le 10 décembre 1997

A LYON

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiats, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2025**

N°

**TITRE DE LA THESE**

Etat des lieux de la prescription d'Activité Physique Adaptée par les médecins généralistes sur le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or en 2025

**THESE**

Présentée

À l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

Et soutenue publiquement le 25 septembre 2025

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par NARBONNET Solène

Née le 10 décembre 1997

A LYON

Année Universitaire 2025-2026  
au 1<sup>er</sup> Septembre 2025

**Doyen :**  
Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**  
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON  
Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			<b>Discipline</b>
M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Louis	<b>ARNOULD</b>	Ophtalmologie
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique (Mise à disposition)
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie – transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	<b>BEDANE</b>	Dermato-vénérérologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Moncef	<b>BERHOUMA</b>	Neurochirurgie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
			(Disponibilité du 01/10/2025 au 31/08/2026)
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
Mme	Mary	<b>CALLANAN (WILSON)</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophtalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie viscérale et digestive
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
M.	Pierre-Henry	<b>GABRIELLE</b>	Ophtalmologie
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
Mme	Delphine	<b>HUDRY</b>	Gynécologie obstétrique
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Philippe	<b>KADHEL</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépato-gastroentérologie
M.	Romaric	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale

M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépato-gastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	<b>MARTZ</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie viscérale et digestive
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique (Disponibilité)
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Cédric	<b>ROSSI</b>	Hématologie transfusion
M.	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
Mme	Claire	<b>TINEL</b>	Néphrologie
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	<b>TRUC</b>	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénérérologie
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	(Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025)
M.	Antonio	<b>VITOBELLO</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Génétique
			Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	(01/09/2017 au 31/08/2026)
M.	Alain	<b>BRON</b>	(01/09/2025 au 31/08/2030)
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	(01/09/2024 au 31/08/2027)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2023 au 31/08/2026)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2021 au 31/10/2027)
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	(01/01/2024 au 31/02/2027)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2022 au 31/08/2028)
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	(01/09/2025 au 31/08/2030)
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	(02/11/2022 au 31/10/2025)
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	(20/12/2023 au 19/12/2026)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(20/12/2023 au 19/12/2026)

## PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Mme	Inès	<b>BEN GHEZALA</b>	Ophtalmologie (Mission temporaire jusqu'au 31/08/2026)
M.	Gauthier	<b>DULOQUIN</b>	Neurologie
Mme	Nawale	<b>HADOURI</b>	Rééducation neurologique (Mobilité jusqu'au 02/03/2026)
M.	Arnaud	<b>MAGALLON</b>	Bactériologie
Mme	Raphaëlle	<b>MOTTOLESE</b>	Pédiopsychiatrie
M.	Simon	<b>PIRODDI</b>	Médecine palliative
M.	thomas	<b>RENONCOURT</b>	Gériatrie
M.	Georges	<b>TARRIS</b>	Laboratoire
M.	Quentin	<b>THOMAS</b>	Neurologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			<b>Discipline Universitaire</b>
Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
M.	Jérémy	<b>BARBEN</b>	Gériatrie
Mme	Julie	<b>BARBERET</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	<b>BASMACIYAN</b>	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	<b>BELTRAMO</b>	Pneumologie
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Valentin	<b>DERANGERE</b>	Histologie
M.	Jean-David	<b>FUMET</b>	Cancérologie radiothérapie (Mobilité jusqu'au 31/08/2026)
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GORAND</b>	Pharmacologie fondamentale
Mme	Anaïs	<b>GOUTERON</b>	Médecine physique et réadaptation
Mme	Hélène	<b>GREIGERT</b>	Médecine vasculaire
M.	David	<b>GUILLIER</b>	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
Mme	Marine	<b>JACQUIER</b>	Réanimation médicale
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Mathieu	<b>LEGENDRE</b>	Néphrologie
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Mélanie	<b>LOISEAU</b>	Médecine légale
Mme	Anne-Sophie	<b>MARIET</b>	Biostatistiques, informatique médicale (Mission temporaire mai à octobre 2025 et mai à octobre 2026)
M.	Thomas	<b>MOUILLOT</b>	Physiologie
M.	Maxime	<b>NGUYEN-SOENEN</b>	Anesthésie réanimation
Mme	Alexia	<b>ROULAND</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Alain	<b>PUTOT</b>	Gériatrie (Disponibilité pour convenances personnelles)
M.	André	<b>RAMON</b>	Rhumatologie
Mme	Alexia	<b>ROULAND</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES - TERRITORIAL**

M.	Thomas	<b>MALDINEY</b>	Réanimation Médicale
----	--------	-----------------	----------------------

**PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES**

M.	Ludwig Serge	<b>AHO GLELE</b>	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	<b>AHOSSI</b>	Odontologie
M.	Jacques	<b>BEAURAIN</b>	Neurochirurgie
Mme	Fodda	<b>EL HOMSY</b>	Odontologie
M.	Pascal	<b>INCAGNIOLI</b>	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	<b>PINOIT</b>	Pédiatrie psychiatrie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
Mme	Claire	<b>ZABAWA</b>	Médecine Générale

**PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Benoit	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale

#### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Mélanie	<b>BARIOD</b>	Médecine Générale
M.	Jérôme	<b>BEAUGRAND</b>	Médecine Générale
Mme	Marie	<b>CHEVALDONNÉ</b>	Médecine Générale
M.	Pascal	<b>DACHEZ</b>	Médecine Générale
M.	Romain	<b>DESVIGNES</b>	Médecine Générale
M.	Raphael	<b>GALEA</b>	Médecine Générale
M.	Olivier	<b>MAIZIERES</b>	Médecine Générale
Mme	Ludivine	<b>ROSSIN</b>	Médecine Générale
M.	Michaël	<b>TAROUX</b>	Médecine Générale

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

#### PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

#### PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
----	----------	---------------------	---------

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

#### PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	Bertrand	<b>COLLIN</b>	Radiopharmacie
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie

#### PROFESSEUR EMERITE

Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie
-----	---------	--------------	-------------

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

#### PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	<b>CRANSAC</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## COMPOSITION DU JURY

Président :

**Monsieur le Professeur ORNETTI Paul**

Membres :

**Madame la Docteure GOUTERON Anaïs**

**Monsieur le Docteur DACHEZ Pascal**

**Madame la Docteure CHEVALDONNE Marie**

**Monsieur le Docteur VAILLANT Aurélien : directeur de thèse**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrais pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

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

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

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

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

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

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

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

## DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier **Docteur Aurélien VAILLANT** de m'avoir accompagnée pendant cette année. Merci pour l'aide que vous m'avez apportée pour traiter de ce sujet, ainsi que votre expérience en matière d'encadrement de thèse.

Merci aux **Docteure Anaïs GOUTERON, Docteure Marie CHEVALDONNE et Docteur Pascal DACHEZ** pour avoir gentiment accepté de faire partie de mon jury de thèse, et particulièrement à **Professeur Paul ORNETTI** d'avoir bien voulu en être le Président.

Merci **Docteur Hugues FAURE**, mon tuteur à la faculté, pour m'avoir apporté votre soutien pendant ces trois années d'internat, et tous vos bons conseils. Merci aussi de m'avoir aidé en m'aiguillant dans les prémisses de mon travail de thèse.

Merci à **Madame Delphine CAMUS**, coordinatrice de la CPTS Sud Côte d'Or, **Madame Priscilla VUILLOT**, coordinatrice de la Maison de Santé Seurroise, et **Madame Marie-Lise THIOLLET**, cheffe de projet au sein du Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté, pour vos informations apportées, et qui ont contribué à ce travail.

Merci à tous les collègues et encadrants de stage que j'ai croisé et qui ont enrichi mes connaissances et mon expérience. J'ai une pensée particulière pour mes **maitres de stage en cabinet**, qui m'ont donné l'envie de poursuivre dans cette voie. Je remercie encore chaleureusement les **médecins généralistes interrogés** qui ont bien voulu réaliser un entretien sur ce sujet, et donc participé à la construction de mon travail.

Si j'en suis arrivée à rédiger ce travail de thèse, c'est grâce à ceux qui m'ont apporté du réconfort et de la force tout au long du chemin parcouru, et qui m'ont aidé à devenir telle que je suis aujourd'hui.

Il y a d'abord **mes parents**. Vous avez été d'un soutien sans faille sur tous les points, et vous m'avez encouragée sans relâche depuis le début. Sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible et je n'ai pas les mots suffisants pour vous remercier à la hauteur de ce que vous m'avez apporté.

Merci aussi à **mon frère**. Par tes petits mots d'encouragement et tes blagues à longueur de temps, tu m'as aidé à maintenir le cap. Force à toi pour la suite dans tes études, c'est long mais regarde, on y arrive et ça vaut la peine.

Un grand merci à **Alex, mon futur mari**. Tu m'as rejoint au cours de mes années de faculté et depuis ce temps tu es celui qui a tout entendu et tout supporté. Ton regard bienveillant m'accompagne tous les jours et tu sais me motiver pour avancer. Cette thèse ne serait encore qu'une fiction sans ton aide. Merci d'être la personne exceptionnelle que tu es. J'ai hâte de vivre la suite de nos projets ensemble.

Merci à **ma marraine**, car tu sais toujours trouver les mots réconfortants et motivants, et pour la magnifique personne que tu es.

Merci à **mes grands-parents paternels**, vous avez toujours cru en moi, tout comme **mes grands-parents maternels** que j'aurais tant voulu avoir présents dans ce moment mais qui, j'espère, sont fiers de là-haut.

Merci aussi **aux autres membres de ma famille, ma belle-sœur et ma belle-famille** pour m'avoir adressé vos petites phrases motivantes.

Merci à **mes amis** avec qui j'ai partagé des moments gravés pour toujours pendant ces années de cours et en dehors : vous êtes de belles personnes et je suis reconnaissante que la vie nous ait mis sur le même chemin et j'espère que nous allons y rester encore longtemps, malgré la distance parfois. J'ai une pensée particulière pour :

**Marie**, avec qui j'ai partagé de beaux souvenirs pendant notre parcours à la faculté, finalisée par une belle expérience en fin d'externat en Corse, et pour nos beaux souvenirs dans nos vies personnelles,

**Coline, Ratana et Nelly** pour avoir été mes meilleures camarades de cours et de fous rires et bons moments partagés par la suite,

**Mendy**, car notre amitié qui commence à dater et notre collocation pendant une partie de nos études nous ont créé de sacrés souvenirs,

**Coraline et Noémie**, j'espère que nos liens récemment tissés vont demeurer encore longtemps,

A tous les autres, même ceux de passage, avec qui j'ai partagé de beaux moments et qui m'ont tout de même apporté sur cette partie de chemin.

## Table des matières

I.	LISTE DES ABREVIATIONS .....	12
II.	GLOSSAIRE .....	13
III.	INTRODUCTION .....	14
IV.	CONTEXTE .....	15
A.	Au niveau national .....	15
B.	Au niveau de la région Bourgogne-Franche-Comté et du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or .....	17
C.	Focus sur la profession d'enseignant en APA et éducateurs sportifs spécialisés en APA .....	20
D.	Hypothèse .....	21
E.	Question .....	21
F.	Objectif .....	21
V.	MOTS CLES .....	22
VI.	METHODE ET POPULATION .....	23
A.	Type d'étude .....	23
B.	Critères d'inclusion .....	23
C.	Critères d'exclusion .....	23
D.	Moyen .....	24
E.	Composition de l'échantillon .....	25
F.	Analyse .....	26
VII.	RESULTATS .....	27
A.	Caractéristiques de la population étudiée .....	27
B.	Constat des médecins sur leur pratique de la prescription d'APA .....	28
1.	Manque de professionnels proposant de l'APA selon la localisation .....	28
2.	Manque de connaissances sur l'APA .....	30
3.	Manque de connaissances sur les règles de prescription d'APA .....	31
4.	Manque de connaissances et de communication entre les professionnels et organismes impliqués dans l'APA .....	33
5.	Freins potentiels à la prescription d'APA .....	35
6.	Facteurs favorisants la prescription d'APA .....	38
7.	Impact des Jeux Olympiques 2024 .....	41
VIII.	DISCUSSION .....	42
A.	Synthèse des principaux résultats .....	42
B.	Forces et limites de l'étude .....	44

C.	Comparaison des résultats aux données du contexte .....	46
1.	Constat des médecins généralistes.....	46
2.	Quelques chiffres .....	47
3.	Perspectives pour l'avenir.....	48
D.	Comparaison des résultats aux données de la littérature .....	52
E.	Ouverture .....	59
IX.	CONCLUSION .....	60
X.	BIBLIOGRAPHIE .....	62
XI.	ANNEXES.....	66

## Table des tableaux et figures

Figure 1 : Carte du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or représentant les offres de séances collectives d'APA et référencées par le Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté en 2025.....	18
Figure 2 : Carte du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or représentant les communes du lieu d'exercice des médecins généralistes interrogés dans cette étude.....	26
Tableau des caractéristiques de la population étudiée.....	27

## I. LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

BFC : Bourgogne-Franche-Comté

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

eTICSS : e-Territoire Innovant Coordonné Santé Social

HAS : Haute Autorité de Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PASS : Parcours d'Accompagnement Sportif pour la Santé

RSS BFC : Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté

SMR : Soins Médicaux et Réadaptation

## II. GLOSSAIRE

- Activité physique :

Action de mettre en mouvement le corps par l'action des muscles squelettiques, qui entraîne une dépense d'énergie plus importante qu'en position de repos. Elle diffère du sport : ce dernier est régi par des règles précises, et peut avoir un objectif de performance et/ou de compétition. L'activité physique est dite « adaptée » lorsque les exercices sont proposés selon les capacités et limites fonctionnelles du patient, selon ses pathologies éventuelles ou son handicap.

- Réseau Asalée :

Association entre Médecins Généralistes et Infirmières Délégues à la Santé Publique en équipe de soins primaires au service du patient, dans le but de renforcer la prise en charge du patient par l'éducation thérapeutique, le suivi, les dépistages par exemple.

- Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) :

Organisme départemental qui met en lien des professionnels des secteurs sanitaire et social, intervenant pour des prises en charge de patients aux situations complexes. En Côte d'Or, il s'agit du DAC21.

- eTICSS :

Plateforme numérique fonctionnant sur le territoire de Bourgogne-Franche-Comté permettant la transmission d'informations entre professionnels de diverses spécialités qui prennent en charge un même patient, grâce à un partage sécurisé et confidentiel des informations.

- Maison sport santé :

Reconnaissance du ministère chargé des Sports et du ministère des Solidarités et de la Santé, attribuée à des structures de nature variée (associations, établissements de santé publics ou privés, collectivités territoriales, sociétés commerciales), dans le but de favoriser l'accès à la pratique de sport-santé à un public prioritaire composé des personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une ALD (Affection Longue Durée), ou souhaitant reprendre ou augmenter leur pratique d'activité physique. Cette reconnaissance permet d'accéder à des financements publics pour développer ces structures.

### **III. INTRODUCTION**

La pratique d'une activité physique (AP) a un impact positif sur de nombreux aspects de la santé (1) et retarde l'apparition de maladies chroniques (2). Le rapport de l'Inserm « Activité physique : contexte et effets sur la santé » (3), écrit en 2008, rassemble de nombreuses études menées depuis plusieurs décennies qui montrent que l'activité physique régulière permet de réduire la mortalité globale, contrairement à un comportement sédentaire. En France, en moyenne un Français sur quatre souffre d'une pathologie chronique, et trois sur quatre après 65 ans (4). Cela représente environ 20 millions de personnes. La promotion de la pratique d'une activité physique régulière aurait donc un impact à grande échelle.

Les recommandations de l'Organisation Mondiale pour la Santé concernant le niveau de pratique d'activité physique sont de « *pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'AP aérobique, d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité aérobique d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'AP d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé* ». En France, la règle popularisée est de pratiquer « *au moins 30 minutes d'AP dynamiques par jour* ». Ces conseils sont à compléter par du renforcement musculaire et une réduction de la sédentarité.

Cependant, les chiffres sur la sédentarité sont alarmants. Selon Santé Publique France (SPF) en 2024, seulement 53% des femmes et 71% des hommes de 18 à 74 ans atteignaient les recommandations d'activité physique (5) citées plus hauts.

Dans un contexte de maladies chroniques déjà diagnostiquées, ou en présence de facteurs de risque de telles maladies, l'Activité Physique Adaptée (APA) permet d'initier ou reprendre une pratique d'activité physique en tenant compte de l'état de santé du patient. Les limitations fonctionnelles et capacités restreintes engendrées par ses pathologies ou facteurs de risque rentrent en compte dans le choix des activités qui seraient proposées à la personne. Il existe peu de réelles contre-indications formelles à la pratique d'une APA (6).

L'APA n'a pas pour objectif de faire une rééducation du patient, mais de maintenir un mode de vie actif (7), pour limiter la sédentarité et ses conséquences. Les enseignants en APA et éducateurs sportifs formés au sport-santé vont pouvoir accompagner les patients pour leurs offrir une pratique sécurisée et adaptée des exercices physiques, à la suite d'un bilan des capacités et limitations.

## IV. CONTEXTE

### A. Au niveau national

Etant au cœur de la prise en charge des patients et connaissant leur état de santé globale, le médecin généraliste joue un rôle crucial dans cet axe de prévention et de prise en charge qu'est la promotion d'activité physique.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 (8) inscrit l'APA comme une thérapeutique non médicamenteuse à part entière, et lance les débuts du « Sport sur ordonnance ». Elle permet aux médecins de soins primaires de prescrire de l'APA aux personnes atteintes d'une Affection Longue Durée (ALD), selon leurs « capacités physiques » et « risque médical ». Un décret en lien avec cette loi et publié la même année (7) pose un cadre plus précis sur la prescription d'APA. Il précise les aspects pratiques et les acteurs pouvant faire partie du parcours. Ce texte législatif donne la définition médico-administrative suivante à l'APA : « *pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires* » (9).

En ce qui concerne l'étude de l'évolution des pratiques des médecins généralistes depuis l'instauration de ce nouvel environnement légal, plusieurs évaluations ont déjà été organisées (10–12). Cependant, il apparaît que globalement la prescription d'APA connaisse encore plusieurs freins, retrouvés dans diverses études (12–14).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a recensé cinq freins, qu'elle a regroupé dans l'introduction des guides suivants : « Guide de consultation et de prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte » (15) et « Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité » (1). Ces freins identifiés sont « *le manque de connaissances du médecin concernant l'AP et ses impacts sur la santé ; les craintes vis-à-vis des risques d'évènements cardio-vasculaires graves liés à la pratique d'une AP, en particulier chez les personnes fragiles ou atteintes de maladies chroniques ; l'absence de recommandations sur les modalités de consultation et de prescription médicale d'AP ; l'absence de parcours de santé structurés pluriprofessionnels centrés sur la prescription d'AP ; le coût pour le patient de cette AP prescrite* ».

Ces guides ont été rédigés pour apporter des réponses aux professionnels de santé sur leur manque de connaissances constaté dans les études concernant l'AP et ses impacts sur la santé. Il donne les définitions des termes en lien avec l'activité physique, sa pratique et les risques qui y sont liés selon l'état de santé du patient.

Par ailleurs, le guide de la HAS s'intitulant « Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte » (15) a été rédigé pour informer les professionnels sur les recommandations pour mener leurs consultations ayant pour objectif de prescrire de l'AP, ainsi que sur les critères devant faire évoquer des risques cardiovasculaires ou autre contre-indication éventuelle. Pour vérifier la tolérance du patient à la pratique de l'APA, les critères à suivre par le médecin et l'enseignant en APA y sont détaillés. Une fiche de synthèse inspirée du second guide de la HAS est également disponible (16), ainsi que d'autres référentiels spécifiques à chaque pathologie chronique (17).

Ces publications en 2022 sont effectuées la même année que la promulgation d'une nouvelle loi « visant à démocratiser le sport en France » (18), dont l'un des objectif est de faire la promotion de l'activité physique et du sport pour tous les publics et d'encourager l'expansion des structures et fédérations qui en proposent. Elle élargit également les critères d'éligibilité à l'APA : patients atteints d'une maladie chronique en ALD ou hors ALD, ou porteurs de facteurs de risque de pathologie chronique, ou en perte d'autonomie (18,19).

Ainsi, les organismes de santé publique de chaque région développent des moyens de promouvoir le sport et l'activité physique, et de communiquer sur leur impact sur la santé. L'objectif est de permettre l'accès à une pratique d'AP au plus grand nombre, notamment grâce à la création du réseau des Maisons Sport-Santé en 2019 (20) (voir Glossaire). Dans certains cas, des dispositifs d'offres d'APA avaient été créés avant l'adoption de ces lois spécifiques, comme dans la région de Biarritz (10) ou encore en Bretagne (22).

## B. Au niveau de la région Bourgogne-Franche-Comté et du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or

En région Bourgogne-Franche-Comté, le Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté (RSS BFC) (23), créé en 2007, répertorie les structures au niveau régional vers lesquelles les patients peuvent être orientés pour pratiquer une activité physique adaptée. Son site internet répertorie de nombreuses ressources, à destination des patients et praticiens.

Le PASS (Parcours d'Accompagnement Sportif pour la Santé) est le dispositif utilisé par le RSS BFC faisant le lien entre la prescription médicale d'APA et les structures conventionnées proposant des séances d'APA.

Il est applicable pour les structures publiques par le biais du « PASS collectif », qui permet une prise en charge partielle et dégressive des frais d'inscription pendant quatre ans, grâce aux financements de l'Agence Régionale de Santé, la Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports (DRAJES) et le Conseil Régional de Bourgogne-Franche-Comté.

Il existe son équivalent à domicile, le « PASS à domicile », qui concerne les patients en perte d'autonomie, ayant un risque de chute et caractérisés GIR (Groupe Iso Ressource) 4, 5 ou 6, qui n'ont pas la capacité de se rendre à une séance d'APA collective. Il comprend 10 séances d'une heure d'APA dispensée par un enseignant en APA. La cotisation est en partie prise en charge par le RSS BFC. Ce dispositif est valable une seule fois dans la vie du patient. Le DAC21 permet également de proposer ce dispositif aux patients éligibles sur l'ensemble du département de Côte d'Or et donc sur le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or.

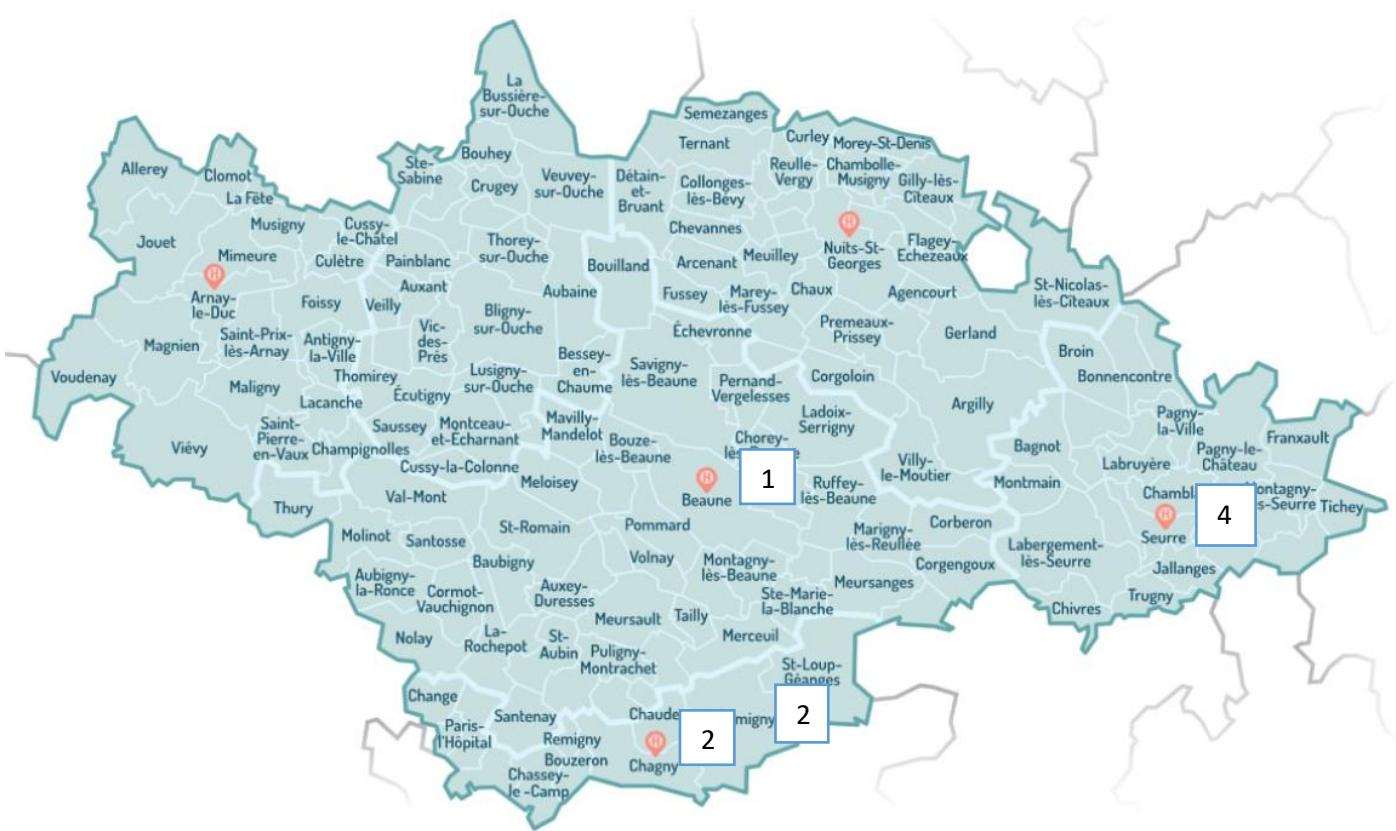


Figure 1 : Carte du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or représentant les offres de séances collectives d'APA et référencées par le Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté en 2025.

Les chiffres visibles sur cette carte correspondent au nombre de types d'ateliers différents par ville tels que retrouvés sur le site du RRS BFC sur la carte interactive et correspondant au territoire de la CPTS Sud Côte d'Or choisi pour ce travail :

- 4 à Seurre : Gymnastique douce, Gymnastique douce équilibre, Gymnastique adaptée, Cœur et santé.
- 2 à Démigny : Gymnastique adaptée, Pilâtes.
- 2 à Chagny : Gymnastique douce, Marche active.
- 1 à Beaune : Gymnastique douce.

Chaque atelier peut se dérouler plusieurs fois par semaine, selon la localisation.

En particulier à Seurre, les ateliers d'APA sont organisés en partenariat avec le RSS BFC. Trois enseignants APA se partagent plusieurs créneaux dans la semaine. Les ateliers sont spécifiques : « APA santé senior + 65 ans » ou « APA santé adulte + 18 ans ». En parallèle, le dispositif MEDICHUT a été développé avec l'hôpital de Seurre pour permettre aux patients de plus de 75 ans de bénéficier d'ateliers dispensés par un enseignant APA, sur trois sessions de huit séances par an, et dans des conditions particulières : antécédents de chute et/ou un traitement iatrogène par hypnotique ou benzodiazépine et/ou plus de trois molécules à visée anti-hypertensive. Enfin, se déroulent des ateliers de sport-santé à Seurre et des communes alentour, pour diverses activités (« Marche nordique », « Gym après cancer », etc). Ces derniers sont en dehors du dispositif d'APA du RSS BFC.

A noter qu'il existe d'autres offres d'APA sur le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or qui ne sont pas référencées à l'heure actuelle par le RSS BFC et ne font donc pas partie du parcours permettant le financement partiel des cotisations d'APA. Elles ne sont pas représentées sur la carte précédente. Elles correspondent à des associations comme Siel Bleu, ou encore à des offres d'activité physique adaptée présente sur l'hôpital de Beaune en dehors du SMR (rééducation cardiaque).

Le RSS BFC travaille actuellement à étendre l'agrégation de structures pour élargir l'offre d'APA.

## C. Focus sur la profession d'enseignant en APA et éducateurs sportifs spécialisés en APA

La première Licence APA a été créée en France dans les années 1980 (24). Le « Code de déontologie de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée » (25) et le « Référentiel Métier de l'enseignant APA » (26), rédigés par la Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée, présentent la formation universitaire.

Cette formation correspond à l'obtention d'une Licence 3 en filière STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives), avec mention APA-S (Activité Physique Adaptée et Santé), qui peut être prolongée par un Master. Le terme « santé » a été ajouté pour écarter l'idée que l'APA serait uniquement liée au handicap ou à la pratique d'activités de loisirs ou de performance dans l'imaginaire des autres professionnels de santé.

Une précision est apportée sur le fait que l'enseignant APA n'est pas un professionnel de santé. Les enseignants APA sont tout de même inscrits depuis 2023 dans le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie, dans la catégorie « Conseils aux personnes et activité physique » (27). Ils doivent respecter le secret médical et obtenir le consentement du patient pour communiquer des informations à d'autres professionnels en dehors de l'équipe initiale de soins ou d'accompagnement.

Il faut également rappeler que les professionnels pouvant dispenser de l'APA ne sont pas uniquement diplômés de l'université à la suite de la licence STAPS mention APA-S. Ils peuvent être des kinésithérapeutes, ou des professionnels de l'activité physique qui ont une formation spécifique en sport-santé (26), en dehors du parcours à l'université. Selon les capacités et limitations du patient, il est possible que l'APA soit encadrée par différents professionnels (tableau en annexe n° 1).

A la suite du constat d'offres d'activité physique adaptée existantes sur le territoire, nous manquons de connaissances précises sur la réalité des habitudes de pratiques des médecins généralistes concernant la prescription d'APA au niveau du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or, correspondant à une portion de la région Bourgogne-Franche-Comté.

#### **D. Hypothèse**

Notre hypothèse est que l'utilisation de l'outil de prescription médicale d'APA est à encourager pour rentrer dans la pratique des médecins généralistes du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or, comme dans le reste du territoire français.

#### **E. Question**

En 2025 et sur le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or, quelle est l'expérience des médecins généralistes à propos de la prescription d'APA à leurs patients adultes depuis la généralisation du « Sport sur ordonnance » dans la législation française ?

#### **F. Objectif**

L'objectif de ce travail était d'explorer l'avis des médecins généralistes exerçant sur le territoire Sud Côte d'Or sur leur pratique de prescription d'activité physique adaptée aux adultes sur l'année 2025.

## V. MOTS CLES

- Activité physique adaptée
- Médecin généraliste
- Prescription
- Soins primaires

## VI. METHODE ET POPULATION

### A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés.

### B. Critères d'inclusion

- Médecin généraliste thésé
- Exercice dans l'une des communes appartenant au territoire de la CPTS Sud Côte d'Or
- Adhésion ou non à cette CPTS
- Pratique en cabinet libéral ou en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ou mixte

### C. Critères d'exclusion

- Médecin d'une autre spécialité que la médecine générale
- Praticien non thésé, dont les remplaçants, qui ne sont donc pas encore installés
- Exercice dans une commune qui n'appartient pas au territoire de la CPTS Sud Côte d'Or

## D. Moyen

Nous avons rédigé un questionnaire d'entretien servant de base à des entretiens semi-dirigés avec les médecins généralistes volontaires entrant dans les critères d'inclusion. Il était composé d'une brève question introductory sur l'exercice et l'expérience du médecin répondant, puis de questions ouvertes. Le contenu du questionnaire n'était pas connu à l'avance par les répondants pour conserver la spontanéité des réponses.

Nous avons testé le questionnaire en amont des entretiens avec un médecin généraliste. Les données de cet entretien n'ont pas été prises en compte dans les résultats.

Nous avons réalisé un entretien individuel avec chaque répondant, en présentiel au cabinet du médecin, ou par téléphone. Avant l'échange, nous rappelions l'anonymisation des réponses et après accord du répondant, nous avons procédé un enregistrement audio de la discussion pour permettre la retranscription et l'analyse en aval.

Comme l'autorise la méthode qualitative, nous avons fait le choix de procéder à quelques modifications du questionnaire initial au fil des entretiens. L'objectif était de reformuler certaines questions de façon plus ouverte pour enrichir le dialogue avec le médecin interrogé, et de limiter le risque de réponses insuffisamment développées. Le questionnaire se trouve en annexe n°2.

## **E. Composition de l'échantillon**

Période de recueil des données : janvier 2025 à mai 2025.

Initialement, nous avons sélectionné des médecins par un tirage au sort, qui a été réalisé par la coordinatrice de la CPTS Sud Côte d'Or. Ainsi, nous avons obtenu une liste d'une vingtaine de médecins, qui ont tous été contactés. Devant le taux de réponse insuffisant, il a fallu modifier la méthode de sélection.

Nous avons alors créé une liste répertoriant l'ensemble des médecins généralistes exerçant sur le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or sur un fichier Excel. Pour cela, nous avons croisé les informations de l'annuaire de la Sécurité Sociale (Ameli.fr) qui recense les communes où exercent des médecins généralistes, en ciblant les communes présentes sur la carte du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or.

Nous avons contacté les médecins exerçant sur ce territoire, par téléphone, parfois par le biais des secrétariats, ou encore par une adresse électronique communes à plusieurs médecins du même cabinet. Lors du contact téléphonique, nous avons présenté brièvement le sujet de la thèse et donné des explications sur le déroulé des entretiens.

Il a souvent été nécessaire d'effectuer des sollicitations répétées pour programmer les entretiens. Nous avons contacté maximum à trois reprises les médecins ou cabinets, pour limiter le nombre de sollicitations infructueuses.

Nombre d'entretiens avec des médecins généralistes : 11

Durée moyenne des entretiens : 25 minutes (minimum 11 minutes, maximum 60 minutes)

Sur la carte ci-dessous figurent la localisation des médecins interrogés pendant les entretiens.



Figure 2 : Carte du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or représentant les communes du lieu d'exercice des médecins généralistes interrogés dans cette étude : les chiffres correspondent au nombre de médecin interrogés par commune.

## F. Analyse

Après enregistrement des entretiens, nous avons procédé à une retranscription manuelle des discussions grâce au logiciel Word. A la suite de l'encodage ouvert des verbatims, nous avons procédé à une analyse axiale, permettant de classer les données en thèmes généraux dégagés de l'ensemble des entretiens. Puis, nous avons affiné les idées avec les détails de chaque entretien, qui ont permis d'aboutir à une diversité d'opinion sur la prescription d'APA sur le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or.

## VII. RESULTATS

### A. Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques des onze médecins interviewés sont décrites dans le tableau suivant.

	Sexe	Tranche d'âge	Durée depuis l'installation	Mode d'exercice	Lieu	Adhésion à la CPTS Sud Côte d'Or		Durée d'entretien
M1	Homme	50-60 ans	>20 ans	50% cabinet de groupe 50% hôpital	Ville	Oui		15 minutes
M2	Femme	30-40 ans	< 1 an	Cabinet de groupe	Semi-rural	Oui		18 minutes
M3	Homme	50-60 ans	>20 ans	Cabinet de groupe	Ville	Oui		23 minutes
M4	Femme	30-40 ans	< 5 ans	Cabinet de groupe	Semi-rural	Oui		17 minutes
M5	Homme	30-40 ans	< 1 an	Cabinet de groupe	Semi-rural	Non (pas encore)		62 minutes
M6	Homme	30-40 ans	< 1 an	50% cabinet seul 50% hôpital	Semi-rural	Oui		30 minutes
M7	Femme	40-50 ans	5 ans	Cabinet de groupe	Ville	Oui		14 minutes
M8	Homme	50-60 ans	>20 ans	MSP	Semi-rural	Oui		27 minutes
M9	Homme	50-60 ans	>20 ans	Cabinet seul	Rural	Oui		17 minutes
M10	Femme	30-40 ans	5-10 ans	MSP	Semi-rural	Oui		31 minutes
M11	Homme	50-60 ans	>20 ans	MSP	Semi-rural	Oui		18 minutes

## B. Constat des médecins sur leur pratique de la prescription d'APA

### 1. Manque de professionnels proposant de l'APA selon la localisation

L'insuffisance d'offres d'APA dans le réseau connu des médecins généralistes et à proximité de leur lieu d'exercice était l'un des principaux éléments rapportés. Seulement deux médecins interrogés, exerçant à Seurre, estimaient que les offres locales étaient suffisantes en nombre et faciles d'accès. Dans les paragraphes suivants, nous allons évoquer les offres connues au niveau local et rapportées par les médecins.

#### a) *Seurre*

Dans le secteur de Seurre, le dispositif d'APA était dépeint comme développé, et tendrait à s'amplifier par le recrutement de nouveaux professionnels formés à l'APA. Les médecins détaillaient les différentes formes d'ateliers d'activité physique proposés, ne se limitant pas à l'APA. Ils ont cité le programme MEDICHUT, ensuite les « ateliers marche » menés par l'infirmière Asalée, des ateliers d'activité sportive adaptés selon l'âge, et enfin l'APA avec les enseignants APA sur l'hôpital de Seurre.

#### b) *Beaune*

Sur la commune de Beaune, les médecins déploraient la carence d'offres locales disponibles. Ils citaient simplement la MSP de Beaune, qui propose néanmoins plusieurs créneaux d'ateliers dans la semaine. La possibilité d'orienter les patients en service de SMR à l'hôpital de Beaune directement depuis leur domicile par le médecin généraliste, n'a été évoquée que par un seul médecin. Ce dernier constatait que ce moyen semble peu sollicité par les médecins généralistes locaux.

c) *Savigny-lès-Beaune*

Pour Savigny-lès-Beaune, il existait un projet en cours de réflexion sur la construction d'une MSP qui intégrerait un ou plusieurs enseignants APA, sur le même modèle qu'à Seurre. Le fonctionnement serait en exercice coordonné, avec l'utilisation d'un logiciel commun. A l'heure actuelle, il n'y avait pas d'offre d'APA sur cette commune.

d) *Nuits-Saint-Georges*

Au sein du Centre hospitalier de Nuits-Saint-Georges, il existe le service d'Hôpital de jour, qui permet une prise en charge en SMR. Il serait lui aussi peu sollicité par les médecins généralistes locaux, d'après le même médecin qui citait le SMR de Beaune. Par ailleurs, l'un des médecins interrogés a donné l'exemple d'ateliers animés par une enseignante APA, créés par un kinésithérapeute. Ils n'étaient pas en lien avec le RSS BFC. Ils se déroulaient par groupe de 12 personnes maximum et pour un coût de 5 euros par séance. Ils ciblaient les patients atteints de maladies chroniques type diabète, hypertension artérielle, surpoids, ou encore en perte d'autonomie.

e) *Chagny*

A propos de Chagny, l'une des médecins continuait d'orienter ses patients vers son ancien territoire d'exercice. Au moment de l'entretien, elle n'avait pas eu l'occasion de se renseigner sur les acteurs locaux à la suite de sa récente installation. Elle recommandait parfois la pratique d'AP par le biais de l'association Siel bleu, permettant aux personnes âgées de faire de l'APA sans critère de pathologie particulière ou d'âge.

f) *Nolay et Arnay-leDuc*

Le dernier secteur situé à l'ouest de la CPTS Sud Côte d'Or, autour des communes de Nolay et d'Arnay-le-Duc, n'a pas pu être exploré. Nous n'avons pas eu de réponse positive aux propositions d'entretien. Nous avons simplement la notion qu'il existe effectivement des ateliers APA à Nolay.

## 2. Manque de connaissances sur l'APA

### a) *Insuffisance de formation initiale et continue*

L'autre facteur déterminant rapporté lors des entretiens était le manque de connaissances globale sur l'APA et ses spécificités. Tous les médecins interrogés avaient conscience de l'importance de l'activité physique, pour tous les âges, et avec des objectifs différents selon le contexte. L'intérêt de l'APA était évoqué pour les patients ayant une pathologie chronique cardiovasculaire, respiratoire, un diabète, des séquelles neurologiques, une perte d'autonomie. Mais certains expliquaient qu'ils n'avaient pas connaissance des critères d'éligibilité précis à l'APA inscrits dans les textes officiels. La plupart ne précisait pas que le critère d'Affection Longue Durée (ALD) était non indispensable, et que la présence de facteurs de risque de pathologies chroniques permettait d'accéder à l'APA.

Quatre médecins révélaient une insuffisance de formation sur l'activité physique de manière générale au cours des études en faculté de médecine, et plus particulièrement sur l'APA. Par la suite, un manque de formation continue pendant l'exercice de la médecine ne permettait pas de compenser cette lacune. Plusieurs explications étaient énoncées à ce propos : le manque de *temps* pour participer aux formations proposées, ou des *horaires* de formations rendant difficile la possibilité d'y assister car se déroulant en journée, donc sur le temps de consultation ; le manque de *communication* par les organisateurs locaux auprès des médecins généralistes pour les avertir et promouvoir ces formations, quand elles existent ; le manque d'*intérêt* de la part des médecins généralistes, qui préfèrent prioriser d'autres formations (malgré la conscience des bienfaits de l'AP sur la santé), notamment sur des sujets dont les bénéfices seront plus facilement visibles.

### b) *Formations alternatives*

L'un des médecins rencontrés s'était formé à la médecine et à la traumatologie du sport, en donnant l'explication suivante : « *dans l'hypothèse de gérer des patients avec une pratique extrême d'AP, ou à l'inverse d'extrême sédentarité* ». Il disait avoir rarement l'occasion d'utiliser en pratique les notions apprises. Parfois, il pouvait appliquer certaines connaissances pour repérer et traiter des blessures causées par la profession du patient, qui peut s'apparenter à de l'activité physique ou du sport par la répétition de gestes ou une forte sollicitation physique.

Lorsque les praticiens recherchaient des informations sur l'APA et sa prescription, ils avaient tendance à se renseigner auprès de leurs collègues APA directement s'ils en connaissaient, ou auprès des structures locales connues, mais souvent peu nombreuses. Trois d'entre eux se souvenaient avoir réalisé des rencontres avec les délégués médicaux de l'Assurance Maladie à ce sujet. Cependant, les notions qu'ils avaient retenues étaient souvent rudimentaires d'après eux. Pour l'une des médecins, elle avait obtenu quelques connaissances par le biais du RePPPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique), mais cela est hors contexte puisque ce réseau concerne les enfants. Enfin, l'un évoquait les textes législatifs également pour se documenter.

### 3. Manque de connaissances sur les règles de prescription d'APA

#### a) *Le contenu*

La quasi-totalité des médecins confiaient qu'ils n'étaient pas informés des règles précises de prescription d'une ordonnance d'APA. Ils se questionnaient sur le contenu indispensable à indiquer sur l'ordonnance. Certains évoquaient avoir connaissance d'une base légale à la rédaction, sans en connaître les données requises. Ils s'interrogeaient sur divers aspects : les antécédents médicaux pertinents, l'identification des limitations et capacités physiques, la nécessité de préciser ou non un type d'activité et d'objectif (*« objectif d'entraînement ou de renforcement »*), ou encore sur l'approche employée, qui serait globale ou centrée sur un organe particulier.

Deux répondants soulevaient la question du secret médical et le contenu de l'ordonnance que l'on est en droit de communiquer aux professionnels qui peuvent dispenser de l'APA.

### *b) La forme*

Beaucoup s'interrogeaient aussi sur la forme de l'ordonnance. Deux médecins soulignaient qu'il y avait un risque que l'ordonnance ne soit pas valable si les règles de prescription n'étaient pas respectées, ce qui entraînerait le risque que la prise en charge financière soit impossible. Ils comparaient cela aux ordonnances de soins infirmiers, qui nécessitent d'être parfois rectifiées pour permettre la prise en charge par l'Assurance Maladie.

La présence d'une ordonnance intégrée dans le logiciel-métier était uniquement retrouvée à la MSP de Seurre. Elle était cependant décrite comme difficile à retrouver dans le logiciel, et également à remplir (notamment sur les données de l'examen clinique avec les limitations et capacités physiques).

### *c) Ordonnance écrite*

Le fait de prescrire de l'APA sous forme écrite rendrait cela plus légitime qu'un simple conseil oral d'après plusieurs praticiens. Mais les deux formes étaient décrites comme complémentaires. Pour susciter l'intérêt des patients sur l'activité physique et communiquer sur l'existence de ce dispositif, l'un des médecins généralistes interrogés, proposait l'apposition d'affiches en salle d'attente. De tels documents existent déjà, mais n'ont pas été évoqués par les autres médecins.

Trois médecins faisaient des prescriptions d'activité physique sur une ordonnance rédigée sans modèle particulier, parfois inspirée des ordonnances à destination des kinésithérapeutes. Le contenu suivant était par exemple utilisé : « *prescription médicale pour activité physique adaptée dans le cadre de [telle pathologie]* ». Parfois, le médecin notait simplement le nom et les coordonnées d'un professionnel APA exerçant à proximité, sans ordonnance médicale vraie.

#### 4. Manque de connaissances et de communication entre les professionnels et organismes impliqués dans l'APA

Un autre point retrouvé dans la plupart des entretiens était le manque de communication entre les différents acteurs du territoire. Cela valait aussi bien pour l'interaction entre médecin et enseignant APA qu'entre médecin et kinésithérapeute par exemple. La plupart des médecins n'avaient pas de retours d'expérience après l'orientation d'un patient vers un confrère dispensant de l'APA ou de l'activité physique seule.

L'un des médecins notait que la multiplicité des instances administratives qui peuvent intervenir dans le processus de l'APA ne facilite pas la compréhension sur leur rôle respectif et donc l'action que peut faire le médecin dans ce processus, ni vers qui s'adresser pour s'informer. Il citait la CPTS, le RSS BFC, le DAC21 (Dispositif d'Appui à la Coordination). Ce même médecin avait utilisé à une occasion le PASS à domicile à la suite d'une demande directe par le DAC 21 ; c'était le seul parmi tous ceux interrogés.

##### *a) La profession d'enseignant en APA*

Tous les répondants signalaient un manque de connaissances sur la formation et la profession d'enseignant en APA, ainsi que sur les objectifs du métier. Un médecin avait de très bonnes connaissances sur la pratique des enseignants APA par le biais de son exercice en milieu hospitalier en SMR, mais ne connaissait pas les modalités de fonctionnement de la profession en milieu libéral. Un autre espérait que l'approche du patient ne serait pas seulement technique : « *j'espère qu'ils ont plutôt une formation tournée vers « l'approche centrée-patient » plutôt qu'une « approche centrée-pathologie » pour faire leur prise en charge* ».

Deux médecins expliquaient que l'adhésion des patients à l'APA serait facilitée si les médecins étaient capables d'expliquer concrètement en quoi consiste les ateliers d'APA. La comparaison avec les explications données sur les séances dispensées par les kinésithérapeutes et leurs objectifs a été faite, ou encore avec les vaccins : « *c'est comme un vaccin, si on ne le connaît pas, on ne le prescrit pas. On n'est pas au clair avec les infos* ».

L'importance de connaître ses confrères et les professionnels vers qui orienter les patients a été soulignée, ainsi que la confiance envers ces professionnels et l'engagement de la responsabilité du médecin lors d'une prescription.

Deux prescripteurs mentionnaient des réunions qui s'étaient tenues au sein de leur MSP lors de l'instauration des ateliers APA. Elles permettaient aux enseignants APA de faire connaître leur pratique et leurs objectifs. Cependant, ces réunions avaient malheureusement un caractère insuffisant, car elles n'étaient pas réitérées après le lancement du dispositif d'APA.

*b) Le Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté et le PASS*

Six médecins sur les onze interrogés connaissaient le Parcours d'Accompagnement Sportif pour la Santé (PASS) et le Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté (RSS BFC), plus ou moins dans les détails. Quatre autres n'en avaient pas connaissance, et un connaissait le principe du PASS sans connaître le RSS BFC. Il n'y avait pas une catégorie d'âge de médecins qui avaient plus de notions que d'autres à ce propos. Sur les six médecins qui connaissaient le RSS BFC et le PASS, (dont celui qui connaissait le PASS sans connaître le RSS BFC), quatre déclaraient ne pas pouvoir les mettre en application à cause du manque de structures et professionnels en aval où orienter leurs patients.

*c) La CPTS Sud Côte d'Or*

En ce qui concerne la CPTS Sud Côte d'Or, certains médecins ne se souvenaient pas avoir déjà obtenu des informations à propos de l'APA par cet organisme. D'autres, au contraire, se sentaient submerger par l'afflux d'informations transmises par la CPTS sur des sujets variés, ce qui avait tendance à éclipser certaines informations, notamment sur l'APA. Deux médecins seulement se sont souvenus avoir remarqué la communication sur la « 3<sup>e</sup> journée de la CPTS Sud Côte d'Or », organisée en juin 2025 et dont le thème était le « Sport-Santé ». Cependant, au moment des entretiens, ils n'étaient pas certains de pouvoir participer à cette formation, pour les raisons évoquées plus hauts qui sont le manque de temps, l'organisation requise dans la journée de consultations, et la priorité donnée à d'autres sujets que l'APA.

## 5. Freins potentiels à la prescription d'APA

### a) *Une complexité déplorée de façon globale*

#### (1) Complexité de l'évaluation clinique

Les données sur les capacités physiques à renseigner lors de la prescription semblaient difficiles à estimer en tant que médecin généraliste. Ainsi, ce champ était parfois rempli de façon hasardeuse. En lien avec les pathologies parfois complexes et multiples des patients, une médecin disait : « *c'est un peu fastidieux, ce n'est pas aussi simple qu'un enfant qui veut faire du foot* ». Deux médecins consentaient à laisser plus de place à l'évaluation par l'enseignant APA, pour qui la formation était notamment axée sur la réalisation d'un bilan initial lors d'un programme d'APA. L'un des médecins évoquait la création d'une grille d'évaluation standardisée pour faciliter l'évaluation clinique par le médecin.

#### (2) Complexité « ressentie » par les médecins

L'un des répondants a évoqué le terme de complexité « ressentie », en opposition à une réelle complexité du processus global. En effet, certains médecins avouaient que s'ils faisaient l'effort de consacrer du temps à se renseigner de façon plus approfondie sur le sujet, la procédure de prescription serait probablement perçue comme moins complexe. Cependant, ils confiaient que ce n'était pas dans leurs priorités. Deux praticiens ont expliqué qu'ils portaient moins d'intérêt à se renseigner à ce sujet puisqu'au sein de leur MSP se déroulaient déjà des « ateliers marche », organisés par une infirmière du réseau Asalée.

Par ailleurs, certains reconnaissaient qu'ils ne pensaient tout simplement pas à pratiquer une telle prescription. Deux médecins ont ajouté que la pratique personnelle d'activité physique par le prescripteur pouvait influencer la prescription d'APA, de manière positive ou négative.

### (3) Complexité administrative

Pour ceux qui avaient connaissance du contenu global à inscrire sur une ordonnance d'APA, certains suggéraient de le simplifier. Deux proposaient d'indiquer uniquement les éléments médicaux déterminants, et sans avoir à décrire de façon précise les capacités et limitations des patients. Ils expliquaient cela par des connaissances moins approfondies que les enseignants APA dans le domaine de l'activité physique.

### (4) Complexité pour se documenter

Pour ceux voulant se documenter eux-mêmes sur le sujet, ils rencontraient des difficultés pour trouver des renseignements clairs et facilement identifiables. Une seule médecin a mentionné l'existence des référentiels d'informations de la HAS, qui sont rédigés spécifiquement pour un certain nombre de pathologies. Mais elle déplorait une masse d'informations beaucoup trop importante : « *c'est une angoisse, même quand on a la pathologie. Par exemple j'ai eu un patient qui avait eu un AVC, c'était incompréhensible de savoir s'il rentrait dans les critères* ». D'autres médecins avaient de vagues notions sur l'existence de guides créés par la CPTS Sud Côte d'Or, ou encore l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé).

### (5) Complexité liée au patient

La motivation du patient à effectuer des changements d'habitudes à maintenir sur le long terme était la plus grande difficulté rapportée en lien avec le patient lui-même. Les médecins auraient tendance à proposer de l'APA aux patients qui seraient réceptifs à ces conseils, et non pas à ceux qui refusent globalement tout ce que le praticien leurs propose. Aussi, ceux déjà actifs dans leur quotidien (comme ceux ayant une profession physique, notamment en milieu viticole ou agricole, très représenté en territoire Sud Côte d'Or) ne relèveraient pas nécessairement d'une prescription d'APA.

*b) Coût financier*

Le coût financier nécessaire à la cotisation à un programme d'APA a été évoqué par cinq médecins comme pouvant potentiellement entraver l'accès à certains patients. Ils avaient pourtant connaissance de la prise en charge financière partielle par les instances locales dans le cadre d'une prescription médicale d'APA, sans savoir l'importance des montants engagés par les organismes territoriaux. Mais pour quelques patients avec des moyens vraiment très limités, cela pouvait s'avérer insuffisant d'après eux.

Aucun des médecins ne remettait en cause ce fonctionnement par financement. Un seul cependant soulevait la question de la légitimité de prise en charge partielle des frais d'inscription par les organisations territoriales, et donc en grande partie par l'argent public. Il argumentait cela en rapport avec la nécessité de preuve scientifique et factuelle de l'efficacité du dispositif de prescription d'APA, comme pour toutes les autres prescriptions médicales.

*c) Localisation et accessibilité*

Etant donné la localisation semi-rurale de la plupart des communes du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or, les médecins soulignaient que pour certains patients très isolés en campagne et souvent dépendants, il pouvait exister une problématique d'accès aux lieux où se tiennent les ateliers d'APA, même en milieu plus urbanisé. Des idées de mise en place de navettes permettant de faire participer des patients isolés en campagne, ou encore de prescription de bons de transport comme pour les autres rendez-vous liés aux problématiques de santé ont été mentionnées. Mais ces idées ont été mises à mal d'emblée par les médecins qui les évoquaient, car ils justifiaient cela par une mise en pratique impossible d'un tel dispositif à grande échelle, pour des raisons financières et organisationnelles.

Concernant les horaires des séances, quelques médecins remarquaient que les créneaux proposés en journée pouvaient restreindre l'accès aux patients qui sont encore en activité professionnelle. Pour les autres, il n'y avait parfois pas assez de plages horaires disponibles pour permettre une offre suffisante, d'autant plus que les groupes se font avec un nombre limité de patients.

## 6. Facteurs favorisants la prescription d'APA

### a) *Caractéristiques du patient ciblé*

#### (1) Profil biomédical

De façon évidente pour les médecins, le profil biomédical du patient et donc ses pathologies seraient déterminants pour le rendre éligible ou non à l'APA. Les médecins avaient tendance à dire qu'ils proposeraient de l'APA principalement aux patients porteurs d'une ou plusieurs pathologies chroniques comme le diabète, le surpoids et l'obésité, les pathologies respiratoires, ou encore les séquelles neurologiques après un accident vasculaire cérébral par exemple.

La perte d'autonomie était presque systématiquement citée comme un critère majeur de prescription d'APA, donc concernant principalement les patients âgés.

Les lombalgies chroniques ont été moins souvent évoquées.

En ce qui concerne les cancers, seulement deux médecins les ont mentionnés. Ces derniers étaient décrits comme faisant moins partie des axes de travail du médecin généraliste à propos de l'APA car c'est principalement l'oncologue qui serait le prescripteur d'APA, sans que le médecin traitant ne soit impliqué dans cette démarche.

L'APA était aussi évoquée pour les situations où la prise en charge en kinésithérapie n'était pas justifiée pour le patient.

#### (2) Personnalité

En parallèle du champ purement biomédical, les patients nécessitant un accompagnement à la pratique de l'activité physique, dans un cadre plus sécuritaire et rassurant, ainsi qu'une aide au maintien de la motivation, sont des personnes cibles d'un programme d'APA.

Par ailleurs, les bénéfices de l'activité physique régulière sur la santé mentale ont été cités de façon explicite par deux médecins. L'un deux prenait aussi l'exemple des troubles anxio-dépressifs qui pourraient être prévenus en partie grâce aux moments en collectivité en groupe d'APA, notamment pour les populations âgées.

### (3) Eléments motivationnels

La personnalité du patient était également désignée comme un critère lors d'une prescription d'APA. Globalement, aucun médecin ne rapportait que ce sont les patients qui sont demandeurs d'une prescription. Cependant, avec la communication adaptée au patient, ils pouvaient obtenir l'adhésion de certains, même si « *l'éducation thérapeutique est parfois difficile* ».

Lors d'un entretien, un médecin a insisté sur l'importance de la communication pour engager le patient dans un changement, en lui expliquant en détail les objectifs visés par la pratique d'une activité physique. Les patients au profil un peu plus « *compétiteurs* » et « *motivés par les défis* » étaient ceux à qui l'APA était plus fréquemment proposée car ils seraient potentiellement plus réceptifs aux conseils dispensés.

Cinq médecins ont expliqué qu'ils abordaient le sujet de l'activité physique avec leurs patients par la technique de l'intervention brève lorsqu'ils interrogeaient leurs patients sur leur mode de vie, avec une question simple comme « quel est votre niveau d'activité physique ? ». De façon plus approfondie, seul l'un des médecins a ajouté qu'il utilisait principalement l'entretien motivationnel comme moyen d'encourager ses patients vers la pratique d'une activité physique, et sans forcément procéder ensuite à une prescription d'activité physique.

La motivation était retenue comme l'un des facteurs fort de la pratique de l'APA et son maintien dans la durée. L'un des médecins racontait que « *la force de l'APA, c'est le travail de groupe* », avec plus de « *moments interactifs* » que lors des séances de kinésithérapie. Le lien social instauré par les ateliers collectifs était désigné comme le socle de la motivation. Certains médecins ont même donné l'exemple de patients qui poursuivent la pratique d'activité physique au-delà du programme d'APA, avec les autres patients rencontrés pendant les ateliers et avec qui des affinités se seraient créées.

Un médecin détaillait que les ateliers, pratiqués en groupe de patients similaires et avec un nombre restreint de participants, permettent aux personnes de se sentir plus à l'aise. La prescription d'APA était décrite comme aidante pour mettre de côté la stigmatisation dont certains patients peuvent souffrir lorsqu'ils s'adonnent à de l'exercice physique en conditions « classiques », c'est-à-dire en club sportif ou dans une association. L'exemple des patients en surpoids ou obèses a été rapporté à plusieurs reprises.

### *b) Aspects pratiques*

Comme nous l'avons vu en amont, la connaissance des structures et professionnels vers qui orienter les patients était rapportée comme un facteur élémentaire à la prescription d'APA.

En ce qui concerne la gestion concrète des groupes d'APA, il était mentionné par les médecins que l'existence d'un coordonnateur de projet était indispensable, car le processus serait très chronophage. L'impulsion de professionnels motivés pour maintenir un dynamisme semblait donc crucial. L'exemple de la MSP de Seurre a été décrit : l'infirmière coordinatrice et l'infirmière Asalée étaient des piliers dans l'orientation des patients selon l'évolution de leurs besoins en termes d'activité physique, en faisant état au médecin des constations faites en atelier pour adapter la prescription. Les « ateliers marche » avec l'infirmière Asalée pouvaient par exemple être remplacés par des ateliers d'APA en cas de dégradation légère de l'état général. La coordinatrice avait également une place centrale pour l'organisation concrète des ateliers d'APA en termes d'emploi du temps, de réservation de salles.

## 7. Impact des Jeux Olympiques 2024

A la dernière question posée à propos de l'impact des Jeux Olympiques sur l'abord de l'activité physique en consultation de médecin générale, les réponses ont été unanimes. Aucun médecin généraliste ne rapportait une influence sur le contenu des consultations. Ils n'ont pas constaté de demande supplémentaire de certificats pour des licences sportives ni de demande de conseils pour la pratique ou la reprise d'AP par rapport aux années antérieures.

Quelques répondants disaient avoir évoqué le sujet brièvement avec certains patients, mais lors de discussions banales en lien avec l'événement en cours, et non en lien avec une réelle volonté d'augmenter leur pratique d'AP. Ainsi, deux médecins ont décrit que la plupart des patients étaient plutôt à un stade « contemplatif » du changement, et donc non disposés à initier de nouvelles habitudes.

L'un des médecins rencontrés a suggéré que cet événement a pu faire évoluer le regard sur les sportifs porteurs d'un handicap, en atténuant la stigmatisation, mais il n'estimait pas une quelconque influence sur la vision sur les personnes obèses ou en surpoids par exemple.

Quatre médecins ont suggéré que l'influence des Jeux Olympiques aurait été plus visible chez le public jeune que chez les adultes et que cela aurait permis d'engager la conversation à propos de la pratique d'une activité physique. Cependant, ce public est hors du champ d'exploration de notre étude.

## **VIII. DISCUSSION**

### **A. Synthèse des principaux résultats**

Grâce à cette étude, nous avons récolté un éventail riche de remarques concernant la prescription d'activité physique adaptée sur le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or. Malgré le nombre de participants peu important, les médecins généralistes avaient chacun des réponses variées à ajouter aux grandes idées retrouvées dans l'ensemble des entretiens. Ainsi, nous estimons avoir répondu à notre objectif qui était d'explorer l'avis des médecins généralistes exerçant sur le territoire Sud Côte d'Or sur leur pratique de prescription d'activité physique adaptée aux adultes sur l'année 2025. Globalement, la prescription d'APA restait encore marginale, et donc à encourager sur ce territoire, comme nous en avions fait l'hypothèse.

Le principal facteur rapporté par les médecins généralistes pour expliquer le défaut de prescription d'APA était le manque de professionnels et de structures connus et disponibles à proximité. Par ailleurs, nous avons observé que la prescription d'APA n'était pas dans les habitudes de la plupart des praticiens. L'explication mise en lumière à ce propos était le manque de formation sur l'activité physique et l'APA, pendant les études médicales, puis pendant la formation continue des médecins en exercice. La méconnaissance sur la formation et la pratique des professionnels qui sont habilités à dispenser de l'APA s'ajoutait aux éléments précédents.

Les inégalités territoriales entraînaient une implication limitée de la part des médecins pour étoffer leurs connaissances sur le sujet, puisqu'ils supposaient que leur prescription ne pourrait être applicable par le manque de structures en aval. Pourtant, tous avaient conscience de l'importance d'une pratique régulière d'activité physique, quel que soit l'âge du patient et ses éventuelles pathologies.

Ensuite, nous avons pu constater que les médecins généralistes savaient, de façon intuitive, à quels types de patients s'adresse la prescription d'APA. Ils n'en connaissaient cependant pas nécessairement les éléments détaillés dans le cadre légal, qui définit les patients éligibles à l'APA, c'est-à-dire ceux atteints d'une maladie chronique en ALD ou hors ALD, ou ceux porteurs de facteurs de risque de pathologie chronique, ou encore en perte d'autonomie.

Même si la plupart interrogeait leurs patients à la manière de l'intervention brève avec une question simple comme « quel est votre niveau d'activité physique ? », cela ne débouchait pas nécessairement sur une prescription d'APA, ou même de discussion détaillée sur l'AP et ses bénéfices. S'ils voulaient faire pratiquer une activité physique à leurs patients, ils leurs transmettaient le plus souvent une prescription d'ordonnance de kinésithérapie comme alternative à l'APA, ou les orientaient vers des alternatives comme des ateliers organisés par les infirmières Asalée quand cela était possible, ou parfois de simples conseils oraux.

Le profil du patient, avec ses contraintes médicales, attentes et envies, était décrit comme déterminant pour la prescription d'APA, puisque cela conditionnait l'engagement qu'il fournirait pour initier et poursuivre un programme d'APA. Le maintien de la motivation était fortement influencé par le format de pratique en groupe, grâce au lien social créé, de surcroît pour les patients isolés. Dans la continuité du programme d'APA, certains patients poursuivaient les activités en groupe de façon autonome.

Les règles de prescription étaient souvent méconnues dans les détails, notamment sur le contenu nécessaire et la forme de rédaction. Le ressenti des praticiens sur la complexité de l'évaluation clinique spécifique à la prescription d'activité physique, pour aboutir à la synthèse de ses capacités et limites en termes d'exercice physique, rejoignait le constat d'une complexité plus large du processus de prescription d'APA induite par l'ensemble des facteurs que nous venons de citer.

## B. Forces et limites de l'étude

Ce travail nous a donné l'occasion d'obtenir un aperçu sur l'avis des médecins généralistes à propos du processus de prescription d'Activité Physique Adaptée au niveau local de la CPTS Sud Côte d'Or. Nous avons choisi ce territoire sur le département de la Côte d'Or car cet organisme a pour objectif de relier les professionnels de santé exerçant sur un même territoire. Ainsi, les réponses pourront être rapportées à la CPTS pour communiquer sur les pratiques des médecins généralistes de ce territoire, et en tirer éventuellement des pistes d'amélioration.

Cependant, les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble du département, puisqu'ils concernent le territoire de cette CPTS en particulier. Ils ne le sont donc pas non plus au niveau de la région Bourgogne Franche-Comté. La validité externe est minime.

La période d'étude était relativement courte sur l'année 2025, car les multiples sollicitations auprès des médecins n'étaient pas toujours fructueuses. Il paraissait excessif de les contacter de façon abusive s'ils ne répondaient pas positivement. Cependant, nous avons obtenu des entretiens avec des praticiens d'âge et d'ancienneté variées. Il manquerait en revanche des réponses de praticiens exerçant dans l'ouest de la zone étudiée, car nous n'avons pas eu de réponse positive aux appels et propositions d'entretien.

Les idées et remarques des médecins devenant similaires au fil des entretiens, nous estimons avoir atteint la saturation des données.

La significativité statistique a été poussé à son maximum compte tenu du nombre d'entretiens et des limites inhérentes à la méthode qualitative par entretiens individuels.

En amont des entretiens, il existait déjà nécessairement un biais de sélection, avec la participation de médecins qui étaient intéressés par le sujet. Pour ceux qui n'ont pas participé aux entretiens, il se peut que certains estimaienent n'avoir aucune connaissance sur le sujet permettant de répondre de façon pertinente et constructive aux questions. Pourtant, nous avions bien spécifié lors du démarchage téléphonique ou par mail que les entretiens étaient à but de discussion, et non d'une évaluation pure du médecin sur sa pratique de prescription d'APA.

Un autre facteur qui a pu entrer en jeu pour la participation des médecins était la transmission d'informations par le biais de leur secrétariat, qui a pu ne pas être toujours optimal. Les hypothèses plausibles seraient qu'ils n'étaient pas intéressés par l'objet de la thèse, ou qu'ils ne pouvaient consacrer du temps à un tel entretien.

Certains médecins ont confié être satisfaits du format par « entretien individuel », permis par la méthodologie qualitative choisie. Pour eux, le côté humain était intéressant, et variait des questionnaires souvent utilisés dans les travaux de thèse par méthode quantitative. De plus, par le biais des échanges effectués, nous avons pu leurs transmettre des informations sur l'ensemble du parcours d'APA et le RSS BFC.

La méthode qualitative par entretien permet également d'obtenir des détails sur le point de vue des répondants à propos du critère d'étude qu'était leur avis sur la prescription d'APA sur le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or. En effet, comme l'autorise la méthode employée, nous avons pris le parti d'ajouter certaines questions au cours des discussions, en plus de la trame générale du questionnaire. Cette stratégie avait pour objectif d'enclencher une véritable réflexion chez les médecins interrogés, en encourageant leur expression libre pour enrichir leurs réponses au fil de la discussion, en plus des réponses directes au questionnaire semi-dirigé. En contrepartie, cela a pu générer des réponses hétérogènes puisque les questions supplémentaires n'étaient pas forcément ajoutées à toutes les discussions, car venant de façon spontanée en fonction des réponses des médecins.

## C. Comparaison des résultats aux données du contexte

### 1. Constat des médecins généralistes

A présent, nous pouvons mettre en lien les retours d'expérience des médecins généralistes interrogés avec les données évoquées dans la partie « Contexte », faisant état des lieux des offres d'APA sur le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or.

Nous avons vu qu'il existe actuellement quelques offres d'APA en lien avec le RSS BFC. Ces dernières ne sont pas toutes reliées au RSS BFC. Dans l'ensemble, les structures et professionnels proposant de l'APA sont inégalement répartis sur le territoire, et surtout concentrés dans l'axe entre Nuits-Saint-Georges et Chagny, avec l'exception de Seurre, située plus à l'est du territoire concerné.

Nous avons constaté que les médecins avaient parfois connaissance de l'existence d'offres d'APA, notamment entre Beaune et Nuits-Saint-Georges. Cependant, ils n'effectuaient pas de prescription d'APA. Les principales raisons évoquées dans les résultats étaient globalement communes à tous les médecins qui n'en prescrivaient pas : manque de connaissances sur l'APA, ses spécificités de prescription et sur les enseignants en APA locaux, insuffisance de structures, manque d'habitude de prescription par manque de formation de prescripteurs. D'après les réponses obtenues, il semblait que les freins à la prescription d'APA, évoqués dans l'introduction des Guides de la HAS (1,15), étaient donc toujours existants au niveau du territoire étudié, malgré l'évolution législative de ces dernières années.

Néanmoins, les habitudes de prescription avaient plutôt changé dans le secteur de Seurre. La multiplicité des ateliers proposés et la coordination mises en avant semblaient être les facteurs du développement de l'APA dans ce secteur. Le seul entretien réalisé avec une praticienne de Chagny n'a pas permis d'obtenir de réel reflet de l'état de l'offre d'APA sur cette portion du territoire car son installation était récente.

A l'ouest du territoire, nous avons constaté qu'il n'y a pas d'offre d'APA liée au RSS BFC à l'heure actuelle. Malgré l'absence de réponse par les médecins situés dans cette portion du territoire, nous pourrions supposer qu'en l'absence de structures et professionnels disponibles sur leur territoire, ils n'effectuent probablement pas ou peu de prescription d'APA.

## 2. Quelques chiffres

Le rapport d'activité du RSS BFC (28) nous fournit des informations factuelles sur l'année 2024 en Côte d'Or. Le rapport est basé sur les données transmises sur la plateforme eTICSS (voir Glossaire) dans l'ensemble de la région BFC. Nous avons également obtenu des chiffres sur le début de l'année 2025 directement auprès des membres du RSS BFC.

D'après ce rapport, en 2024, 4674 patients ont bénéficié d'une prescription d'APA, dont 8.64% dans le département de Côte d'Or.

Sur le territoire Sud Côte d'Or en particulier, le RSS BFC nous a communiqué que 404 patients ont été pris en charge en 2024, et 278 patients de janvier à juin 2025.

Toujours selon le rapport d'activité du RSS BFC en 2024, le PASS aurait permis d'augmenter l'endurance des patients de région BFC de 2.73%, la force des membres inférieurs de 8.97%, celle des membres supérieurs de 6.41%, et enfin l'équilibre de 15.22%. Le test de souplesse n'a pas pu être étudié. Ces chiffres sont applicables aux patients ayant bénéficié du PASS en structures publiques, et non du PASS à domicile. Le rapport ne détaillait pas les modalités de recueil, ni les renseignements précis permettant d'interroger la validité des données. Ces chiffres étant issus des données du RSS BFC, ils ne tiennent pas compte des résultats des patients pratiquant une APA par un autre biais que le RSS BFC.

Par ailleurs, en 2024, le RSS BFC a recensé 60 prescripteurs d'APA sur toute la Côte d'Or, et ce chiffre est passé à 71 entre janvier et juin 2025. Il est complexe de comparer ces données avec les résultats de notre étude puisque que ce chiffre concerne l'ensemble du département, et non le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or en particulier. De plus, nous avions un faible taux de participants à notre étude. La différence entre ces chiffres pourrait aussi être liée au fait que les médecins de toutes les spécialités sont autorisés à prescrire de l'APA, et non seulement les généralistes qui composent notre population étudiée.

Enfin, il est difficile de connaître la proportion de patients qui poursuivent la pratique d'APA après les quatre années du programme, car cela nécessite des moyens humains pour entretenir le lien avec les patients ayant suivi le programme, ce qui est actuellement impossible par le RSS BFC.

### 3. Perspectives pour l'avenir

#### a) *Axes de travail du RSS BFC et de la CPTS Sud Côte d'Or*

Malgré sa création datant de 2007, le RSS BFC et son dispositif d'application PASS restent peu connus des médecins : seulement la moitié des répondants à notre étude en avaient connaissance. La CPTS Sud Côte d'Or et le RSS BFC ont pour objectif le développement de l'offre d'APA à court terme. Ils prévoient prochainement l'embauche d'un enseignant en APA pour six mois. Son rôle sera de promouvoir la prescription d'APA auprès des professionnels, et ainsi développer d'autres offres au plus près du patient.

Le manque d'offres locales sur l'ensemble du territoire est peut-être lié à un nombre insuffisant de professionnels formés à l'APA, aussi bien les enseignants APA qui ont suivi le cursus universitaire, que les autres encadrants sportifs spécialisés en APA. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de données sur le nombre d'enseignants en APA formés par an, ni sur les autres débouchés de formation d'encadrant d'activité physique adaptée.

L'un des objectifs du réseau est d'augmenter le nombre d'agrégation de structures où pourraient être orientées les personnes. Les professionnels du réseau participent à divers événements pour informer les autres acteurs de soins primaires sur le principe de la prescription d'APA, et notamment les médecins qui en seront les effecteurs. Cependant, la communication interprofessionnelle, qui était décrite comme insuffisante au cours des entretiens, nécessite de l'obstination pour intéresser les médecins généralistes et leurs proposer des formations adaptées selon leurs souhaits et contraintes.

Pour l'année 2025-2026, le RSS BFC nous a communiqué qu'une nouvelle structure allait obtenir une agrégation du réseau. Cependant, deux autres ne le renouveleront pas. Au sein des structures déjà conventionnées, il y aura un total de 16 créneaux horaires supplémentaires pour des séances d'APA. Cela nécessite de valider leurs offres d'ateliers d'activité physique adaptée, et que les professionnels qui y exercent soient habilités à animer ces groupes.

En effet, la formation continue proposée aux médecins généralistes n'est pas toujours utilisée. L'exemple de la « 3<sup>ème</sup> journée de la CPTS », organisée en juin 2025 par la CPTS dans le but de former les professionnels de santé du territoire Sud Côte d'Or sur le sport-santé, n'a pas rencontré le succès escompté. Nous avons vu en entretien qu'elle n'avait pas été retenue par les praticiens. Le taux de participation a été faible : seulement six médecins généralistes sur les 66 visés ont participé.

Pourtant, les avis rendus par le biais du questionnaire de satisfaction étaient très positifs. Il a été rempli par des professionnels de santé qui n'étaient pas uniquement des médecins généralistes. Sur les 26 questionnaires retournés, 80.8 % se disaient « très satisfaits » et 19.2 % « satisfaits ». Il semble donc pertinent d'encourager encore ce type de formation. Le faible taux de participation des médecins généralistes contraste avec leur demande de formation sur l'APA. Nous avions évoqué les facteurs intervenants dans leur volonté de se joindre à ce type de formation dans les résultats : contraintes d'horaires, de temps, d'intérêt en regard d'autres domaines de la médecine qui sont privilégiés, manque d'information sur l'existence de formations.

*b) Eléments indispensables aux futurs projets*

(1) La coordination de projet

D'après ce qui a été rapporté en entretien par deux médecins qui prescrivaient parfois de l'APA, la présence d'intervenants qui ont pour mission de coordonner et d'entretenir ce dispositif contribuerait à sa pérennité. Ce type d'organisation est facilité en MSP, par le nombre important de patients qui pourraient bénéficier d'une prescription d'APA et par la présence d'une infirmière Asalée ou d'une coordinatrice comme nous l'avons vu dans les résultats. Dans les différentes études et articles que nous avons repérés, il n'est jamais précisé l'existence d'un éventuel coordonnateur de projets. Pourtant, devant le caractère indispensable d'une telle fonction d'après ces médecins, nous pourrions imaginer la création des postes au niveau des collectivités territoriales, comme les CPTS, où un professionnel pourrait coordonner les emplois du temps d'enseignants en APA qui pourraient intervenir dans plusieurs structures. En conséquence, il paraît indispensable d'élaborer les conditions de coordination de parcours d'APA en amont du projet, pour favoriser son maintien dans l'avenir.

## (2) La communication entre les professionnels

Les notions sur la profession d'enseignants en APA et sur la prescription d'APA en général n'étant pas connues en profondeur par les médecins généralistes. Cela argumente un peu plus l'importance de la formation des prescripteurs sur les professionnels en APA. Ainsi, il serait probable que la complexité « ressentie » par les généralistes à propos du système d'APA soit atténuée.

Certains médecins interrogés obtenaient des informations sur l'APA par l'intervention de délégués médicaux de l'Assurance Maladie. L'application au territoire où ils exercent n'était cependant pas détaillée par le délégué médical. Ainsi, les informations reçues étaient trop générales, et non concrètes pour faciliter la prescription. En conséquence, il faudrait encourager les réunions locales, au sein des MSP ou sur un territoire plus large où pratiquent plusieurs médecins, pour permettre aux professionnels de se connaître, et de créer un lien de confiance entre tous, et surtout que les professionnels en APA complètent les connaissances des médecins. Ces réunions pourraient être organisées par les professionnels eux-mêmes ou par les organismes administratifs tels que la CPTS Sud Côte d'Or faisant le lien entre eux. La « 3<sup>ème</sup> journée de la CPTS » en était un exemple.

Le manque de communication entre les professionnels intervenant dans le parcours d'APA pourrait être pallié par la généralisation de la plateforme eTICSS (Territoire Innovant Coordonné Santé Social) (29). Le RSS BFC l'utilise pour appliquer le PASS, ce qui permet aux professionnels animant des groupes d'APA d'informer les médecins prescripteurs de l'évolution de leurs patients au cours du programme d'APA.

En juin 2024, 100 000 patients avaient été ajoutés sur la plateforme, qui regroupe d'autres réseaux de coordination en parallèle du réseau d'APA (30). Cependant, aucun médecin n'a mentionné cette plateforme pendant les entretiens. Cela pourrait déjà être lié à leur nombre très réduit de prescriptions d'APA. Nous pourrions faire l'hypothèse que l'utilisation d'un outil supplémentaire, nécessitant sa prise en main, les potentiels renseignements à fournir à l'inscription et dans les suites, pourrait être un frein à son utilisation. Ce ne sont que des hypothèses, car nous n'avons pas abordé le sujet avec les médecins. Cependant, nous pourrions également supposer qu'ils pourraient prescrire plus d'APA s'ils voyaient les résultats concrets pour leurs patients grâce aux informations renseignées par les enseignants en APA sur la plateforme.

### c) *Les Maisons Sport-Santé*

Nous l'avons vu dans les résultats, les médecins orientaient beaucoup leurs patients vers d'autres professionnels qui leurs permettent de se mettre en mouvement, notamment les kinésithérapeutes. Les objectifs de ces prises en charge ne sont cependant pas les mêmes qu'en atelier APA. Ils peuvent être complémentaires, selon l'état de santé du patient. A noter que lors des entretiens, nous n'avons pas évoqué le terme de Maison Sport Santé (voir glossaire). Il n'en existe pas actuellement sur le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or. A proximité dans la région BFC mais hors du champ de cette étude, elles se situent à Chalon-sur-Saône, Dijon et Autun au moment de la rédaction de cette thèse. Ces structures sont étiquetées ainsi pour étendre le dispositif d'APA en facilitant l'accès, d'après le programme du Gouvernement pour promouvoir l'activité physique (18).

En conséquence, l'utilisation des moyens existants par l'attribution de titres de Maison Sport Santé, tout comme l'augmentation du nombre d'agrégation de structures par le RSS BFC, pourrait avoir un impact positif sur le développement de l'APA. L'intérêt serait que le personnel et les locaux sont déjà disponibles. Une adaptation serait parfois nécessaire, par l'ajout de matériel spécifique et la simplification de l'accès pour les personnes avec des difficultés de mobilité. L'avantage de la nomination « Maison Sport Santé » permettrait que les éducateurs sportifs, déjà présents sur le territoire dans des structures sportives classiques, soient formés au domaine du sport-santé, comme cela a été fait dans la région de Biarritz en 2018 (10). Dans une logique économique, qui est toujours prise en compte dans les décisions du domaine de la santé, la problématique serait alors de rechercher des financements pour organiser ces formations. Il faudrait par ailleurs que suffisamment de professionnels soient intéressés par le sport-santé, qui implique d'exercer ce métier avec une population particulière.

## **D. Comparaison des résultats aux données de la littérature**

Il apparaît que les résultats de notre étude soient superposables à ceux retrouvés dans des études plus anciennes. En 2010, Gérin C et al. (12) ont réalisé une étude ayant pour but d'évaluer les pratiques des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine à propos de l'activité physique (non spécifiquement « activité physique adaptée »). Elle s'est donc déroulée bien avant la promulgation des lois et décrets en 2016 et 2022, et avant notre étude actuelle. Elle a été menée par une méthode quantitative, à l'aide d'un questionnaire transmis à plus de 1000 médecins.

Les conclusions de cette étude sont que les médecins recommandent surtout l'AP par des conseils oraux, puis des prescriptions écrites personnalisées, et enfin la remise de documents d'informations, dans l'ordre hypothétique d'efficacité. Ceux pratiquant personnellement beaucoup d'activité physique ont plus tendance à en recommander à leurs patients, de façon significative.

Par ailleurs dans les résultats de cette étude, les obstacles à la promotion d'activité physique étaient similaires à ceux motivant la rédaction des guides de la HAS cités en introduction et ceux retrouvés dans notre travail. Dans l'ordre décroissant d'importance d'après les praticiens, il s'agissait du « manque de temps en consultation », du « manque de connaissance sur la prescription d'activité physique », du « manque de motivation des patients » et du « manque d'information de la part des instances médico-sportives ». Les médecins sondés dans cette étude réclamaient également plus de communication interprofessionnelle avec les effecteurs d'ateliers d'activité physique.

En somme, entre l'année où cette étude a été menée en 2010, et l'année de notre étude en 2025, les obstacles au développement de l'activité physique adaptée ont globalement peu évolué, malgré le changement d'environnement législatif.

En 2016, une étude-pilote avait été menée à Biarritz et ses alentours (10) pour mettre en place un parcours de prescription d'activité physique par des médecins généralistes à des patients insuffisamment actifs, et non seulement ceux atteints d'une pathologie chronique. Les médecins repéraient les patients qui seraient éligibles au programme (à l'aide de la remise de podomètre pour statuer sur l'insuffisance d'activité physique). Le programme se tenait sur douze semaines, avec une évaluation initiale par un entretien motivationnel effectué par l'association Biarritz Sport Santé, une évaluation finale, et en parallèle, une évaluation diététique. Le financement provenait d'organismes privés. Finalement, 90% des patients avaient poursuivi l'activité physique au-delà du programme en adhérant à une licence sportive. Il faut nuancer ce résultat par l'absence de précision sur le nombre d'années où ces licences ont été poursuivies après l'étude.

En région Bourgogne-France-Comté, nous n'avons pas connaissance du taux de patients qui poursuivent une activité physique après leur programme d'APA. L'organisation actuelle du processus d'APA par le biais de RSS BFC est similaire à celui qui avait été testé dans le sud-ouest lors de l'étude citée. La différence majeure est que l'inscription d'un patient à un programme d'APA par le biais du RSS BFC lui permet une pratique s'étendant d'un à quatre ans, avec une prise en charge financière partielle, alors qu'avec l'actuel fonctionnement à Biarritz, le patient adhère par ses propres moyens financiers à un programme d'un an, mais bénéficie d'un soutien régulier par le dispositif de la ville de Biarritz. L'organisation du parcours d'APA en région Bourgogne-Franche-Comté est donc une chance pour les patients, qui ne doivent débourser qu'une partie des cotisations, ce qui favoriserait leur adhésion au programme d'APA. Quoiqu'il en soit, le médecin généraliste est au cœur du dispositif, car c'est lui le prescripteur d'APA.

Dans les suites de cette étude pilote, une thèse d'exercice a été réalisé en 2016 par Julie Pitarch (31), pour étudier les avis et pratiques des médecins généralistes locaux qui utilisaient le « sport sur ordonnance » pour favoriser l'activité physique chez leurs patients. Il s'est avéré que la plupart des médecins étaient satisfaits du dispositif, mais qu'il paraissait fondamental d'intégrer à leur cursus de formation des modules sur l'activité physique, adaptée ou non. Cette notion était en cohérence avec ce que nous avons retrouvé dans les remarques des médecins interrogés dans notre étude.

Par ailleurs, l'un des éléments importants constaté dans cette étude était la motivation intrinsèque des patients à changer leur mode de vie en intégrant plus d'activité physique. Ainsi, la formation des médecins à l'entretien motivationnel pour encourager les patients à pratiquer plus d'activité physique apparaît comme un bon moyen d'appuyer cette prescription médicale, pour obtenir l'adhésion du patient.

L'entretien motivationnel est une technique de communication qui nécessite des connaissances théoriques à maîtriser, et qui se perfectionne par une pratique régulière. Cette méthode est surtout connue pour les prises en charge d'addictions à des toxiques, mais elle concerne toute discussion dont l'objectif est d'axer la personne vers un changement de comportement (32). Elle est donc valable pour la lutte contre la sédentarité et l'augmentation d'activité physique, qu'elle soit adaptée ou non. Le fonctionnement du dispositif d'APA par le RSS BFC inclue d'ailleurs une session d'entretien motivationnel lors du premier contact avec le patient (annexe n° 3).

Cependant, même si le RSS BFC effectue un entretien motivationnel, le médecin ne pourrait faire l'impasse sur une évaluation de la motivation de son patient avant de faire une prescription d'APA. En effet, pour obtenir l'adhésion du patient, la prescription doit être effectuée au moment le plus propice où le patient pourrait faire ce changement. D'après le modèle transthéorique de changement de comportement, plus connu sous le nom de cycle de Prochaska et Diclemente (32), cette phase correspondrait à celle où le patient *décide* vraiment que le changement présente plus d'avantages que la situation actuelle. L'intérêt pour les médecins de se former à cette technique renforcerait l'efficacité de leur prescription, concernant l'APA, et tout autre domaine. Malheureusement, il est difficile de former tous les médecins à cette technique, puisqu'ils doivent y voir un intérêt pour leur pratique, et qu'ils souhaitent poursuivre les entraînements.

L'action de délivrer une ordonnance écrite au patient était rapportée au cours de nos entretiens comme étant un moyen probablement plus efficace qu'un simple conseil oral pour convaincre de l'importance de la pratique d'AP, même s'ils étaient considérés comme complémentaires. Little Paul & al. ont montré en 2004 en Angleterre que l'approche par une prescription et des conseils oraux étaient la combinaison la plus efficace pour faire changer le comportement de patients en augmentant leur activité physique en contexte de facteurs de risques cardiovasculaires (33).

La simplification de l'ordonnance d'APA était une idée souvent évoquée dans les entretiens, en opposition à la complexité déplorée à propos des modèles actuels d'ordonnance. Nous pourrions faire un parallèle avec la prescription de kinésithérapie, sur laquelle sont précisés l'indication et l'objectif des séances, mais pas l'état de santé global du patient (sauf si un élément était indispensable à notifier pour éviter des risques particuliers liés à sa ou ses pathologies). Cela permettrait aux enseignants APA d'effectuer leur propre bilan des capacités et limitations du patient avant d'entamer le programme d'APA.

Il est évident qu'un médecin généraliste ne prescrirait pas de l'APA à un patient à trop haut risque d'événement indésirable. D'ailleurs, il existe finalement de très rares cas où l'APA est formellement contre-indiquée : « *L'AP n'est jamais absolument, totalement et définitivement contre-indiquée pour la plupart des personnes atteintes d'une pathologie chronique* » (15). Les principales contre-indications à l'APA sont les pathologies aiguës, les pathologies chroniques lorsqu'elles sont décompensées, et « *les contre-indications ou limitations musculosquelettiques et cutanées à l'AP sont le plus souvent temporaires et/ou ne concernent qu'une zone corporelle et/ou nécessitent d'adapter le volume ou l'intensité de l'AP* » (15).

La nécessité de préciser par le médecin les capacités et limitations du patient est probablement liée au fait que les enseignants APA ne sont pas des professionnels de santé au sens propre, même s'ils sont formés aux conditions à risque de pratique d'AP. La prescription médicale d'APA permet de sécuriser les patients et leurs encadrants. Néanmoins, le contenu d'une ordonnance d'APA est inscrit sur un modèle issu du contexte législatif actuel (annexe n° 4). Pour respecter la loi, les médecins sont donc dans l'obligation de préciser ce qui est légalement attendu.

Pendant les entretiens réalisés, nous avons échangé avec seulement certains médecins sur leurs habitudes à questionner le mode de vie de leurs patients concernant l'activité physique. En ajoutant d'emblée cette question dans la trame initiale de notre questionnaire pour en parler dans chaque entretien, cela aurait rendu les réponses plus homogènes. Ainsi, cela nous aurait permis d'estimer un peu plus précisément le degré d'importance porté par les médecins au niveau d'activité physique de leurs patients.

Cette proportion semble varier selon les études, mais n'est jamais égale à la totalité des médecins (13). Enfin, d'après les médecins rencontrés, ceux qui s'intéressent à l'activité physique dans leur vie personnelle aurait plus tendance à conseiller à leurs patients d'en pratiquer également, et inversement. En 2016, Bloy, G., Moussard Philippon, L. et Rigal, L. avaient mené une étude par entretien semi-dirigé avec des médecins généralistes libéraux en Ile-de-France en 2016 qui retrouvait la même conclusion (34), tout comme celle déjà citée de Gérin C, et al (12).

Par ailleurs, il est possible pour les médecins d'employer des questionnaires d'évaluation du niveau d'activité physique et de sédentarité de leurs patients. Ils sont d'ailleurs regroupés dans le kit de prescription à destination des médecins disponible sur le site internet du RSS BFC (35). Le questionnaire de Marshall, en seulement deux questions, permet d'estimer rapidement le niveau d'AP et sédentarité d'un patient et est disponible en annexe du guide de Consultation et prescription d'activité physique de la HAS (15). Les autres questionnaires fréquemment utilisés sont : IPAQ (International Physical Activity Questionnaire, Craig et al. 2003 (36) ), le GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire, Cleland et al. 2014 (37) ), et le test de Ricci et Gagnon, qui n'est pas validé scientifiquement mais qui peut être utilisé en auto-évaluation par le patient. Tous conduisent à l'évaluation du niveau d'activité physique en faible/moyen/élevé. Les questions et les termes employés pour qualifier les niveaux d'AP diffèrent selon chaque questionnaire mais l'idée reste commune. Nous aurions pu intégrer cette question parmi les autres lors des entretiens pour étudier les pratiques des médecins sur l'évaluation de l'activité physique de leurs patients.

En ce qui concerne le financement des cotisations, les médecins étaient au courant de son existence, sans savoir quelle en était la source d'approvisionnement. Ils encourageaient cette prise en charge pour favoriser l'adhésion des patients à un programme d'APA. Au niveau de la CPTS Sud Côte d'Or et dans toute la région Bourgogne-Franche-Comté, le financement est issu des ressources publiques locales comme nous l'avons vu en introduction, et qui sont gérées par le RSS BFC. L'actuel mode de fonctionnement permet la prise en charge à 50% des frais de la première année d'inscription à un programme d'APA, puis 30% lors de la deuxième année, et enfin 10% pour les troisième et quatrième année (23). Ces règles sont définies par les capacités financières des organisations administratives, mais ont également pour objectif de responsabiliser le patient dans sa prise en charge en ne finançant pas à 100% les cotisations.

Comme nous l'avons évoqué dans les résultats à travers l'interrogation d'un des médecins, le caractère public des financements d'ateliers d'activité physique, et donc l'implication de la société, peut questionner sur la légitimité de ce mode d'organisation. En effet, pour qu'une thérapeutique, médicamenteuse ou non, soit prescrite et remboursée (ou au moins en partie financée), la preuve scientifique d'efficacité doit être établie. En ce qui concerne les bénéfices de l'activité physique mais aussi de l'APA, de nombreuses études prouvent leur intérêt sur la santé globale et l'évolution de pathologies ou leur prévention, comme nous l'avons vu en introduction. Le financement paraît donc acceptable, même si les impacts positifs sur les dépenses globales de santé reste encore difficile à estimer (38).

L'Assurance Maladie ne rembourse pas les frais des cotisations à l'heure actuelle (19). Il semblerait que son intervention dans le domaine de l'activité physique adaptée pourrait être envisageable en théorie devant l'intérêt préventif de la pratique régulière d'une activité physique, puisque la sédentarité est un enjeu de santé publique. Depuis 2022, une mission a été débutée pour expérimenter le remboursement d'APA par l'Assurance Maladie (39), mais aucun résultat n'est publié à ce jour. Seuls les financements locaux permettent donc la prise en charge de la prescription d'APA par les médecins généralistes.

Nous avons vu que les Jeux Olympiques en France en 2024 ne semblaient pas avoir eu d'impact sur le contenu des consultations des médecins généralistes concernant l'activité physique. Cette question visait à explorer leur avis sur les éventuels effets de la promotion de l'activité physique et du sport auprès de la population française, dans le cadre de la Grande Cause Nationale 2024 (40) impulsée par le Gouvernement. D'après les informations disponibles sur les sites nationaux et les études en cours (41), il est encore tôt pour juger de l'impact réel des Jeux Olympiques sur l'augmentation du nombre de licences sportives sur le long terme.

En attendant, l'effet JO n'a pas été ressenti par les généralistes du territoire Sud Côte d'Or, et ils doivent donc trouver d'autres moyens pour motiver leurs patients à pratiquer de l'activité physique, adaptée ou non. Même si la communication à destination de la population générale à propos de la promotion d'AP s'amplifie, l'effet à l'échelle individuelle parait plus difficile à être suscité.

## **E. Ouverture**

En parallèle de notre étude, un travail de thèse a été lancé récemment par un étudiant en médecine générale de la faculté de médecine de Dijon pour comprendre les pratiques des médecins généralistes et leurs connaissances des outils à disposition à propos de la prescription d'APA en Bourgogne-Franche-Comté. Le rayon d'étude sera plus étendu que notre travail actuel, et la méthode quantitative sera basée sur un questionnaire à réponses fermées. Ainsi, les résultats ne seront pas directement comparables, mais ils seront complémentaires à notre travail.

En réponse à la difficulté de mise en place de formation continue sur l'APA, il paraît pertinent d'intégrer des cours sur l'APA et la profession d'enseignant en APA dès le cursus universitaire médical. La formation sur la médecine et la traumatologie du sport, suivie par l'un des médecins, n'était pas applicable en pratique au domaine de l'APA. Ce témoignage, provenant d'un seul médecin, n'est peut-être pas généralisable à l'ensemble des médecins formés, mais il semblerait que des formations axées particulièrement sur l'APA soient tout de même plus adaptées.

D'ailleurs, les internes pourraient être directement demandeurs de formation sur ce domaine. C'est la conclusion rendue par la thèse d'exercice réalisée en 2020 par deux internes en médecine générale inscrites à l'Université de Lille, où elles interrogeaient les internes en médecine générale de la région du Grand Est (42). A l'heure actuelle, il existe des cours optionnels dans certaines facultés de médecine française. Nous pouvons supposer que l'acquisition de connaissances générales par le biais de cours obligatoire permettra au futur médecin de les appliquer dans sa pratique en s'intéressant aux offres disponibles au niveau local, dont le territoire de la CPTS Sud Côte d'Or. En conséquence, enrichir la formation des futurs médecins avec des connaissances sur l'activité physique, dont l'APA, apparaît comme primordial pour le développement de la prescription d'APA.

Pour évaluer le domaine de l'APA selon un autre point de vue, il pourrait être intéressant d'obtenir dans une autre étude l'avis des patients du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or, et plus largement en Bourgogne-Franche-Comté, sur les facteurs qui les motiveraient à suivre un programme d'APA et ce qu'ils en attendraient.

## IX. CONCLUSION

D'après les réponses obtenues par ce travail, l'ensemble du système de prescription d'APA restait vague pour la plupart des praticiens interrogés. Le facteur principal freinant le développement de l'APA en territoire Sud Côte d'Or en 2025 était le manque de structures et de professionnels qui proposent de l'APA. L'absence de débouchés limitait l'intérêt des médecins pour approfondir leurs connaissances en matière d'APA. Le manque de formation théorique sur l'activité physique, adaptée ou non, son processus de prescription était l'autre facteur déterminant pour expliquer l'insuffisance de prescription d'APA. Enfin, le manque de connaissances sur les professionnels locaux dispensant de l'APA et le manque d'interaction entre les différents acteurs du territoire semblaient être les autres éléments majeurs faisant obstacle à l'extension de la prescription d'APA sur notre territoire d'étude. Cependant, quel que soit leur âge, tous les médecins avaient conscience de l'importance de l'activité physique pour l'ensemble de leurs patients, notamment ceux atteints d'une pathologie chronique ou en perte d'autonomie. La plupart trouvaient parfois des alternatives à l'APA pour encourager la pratique d'activité physique, comme la prescription de kinésithérapie.

Diverses propositions de pistes d'amélioration avaient été évoquées en entretien, comme l'augmentation de la formation des prescripteurs, ou l'utilisation des moyens existants pour augmenter l'offre locale. Nous avons également évoqué des axes à envisager pour développer l'APA, tels que la coordination de projet ou la diffusion des Maisons Sport-Santé. Même si le RSS BFC est l'un des plus vieux réseaux créés en France pour promouvoir le sport-santé, le développement de la prescription d'activité physique adaptée en territoire Sud Côte d'Or par les médecins généralistes reste à encourager, comme nous en avions fait l'hypothèse. L'intérêt de cette étude est que ses conclusions pourront être transmises au Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté ainsi qu'à la CPTS Sud Côte d'Or, pour tenter de développer l'APA sur ce territoire.

Pour élargir les conclusions de notre travail, il serait intéressant d'approfondir les recherches qualitatives sur le même schéma méthodologique en ciblant d'autres territoires que celui de la CPTS Sud Côte d'Or, tout en restant en région Bourgogne-Franche-Comté. Cela permettrait de réaliser une comparaison des avis sur cette prescription selon la localisation des médecins et les offres locales. De plus, l'étude quantitative en cours menée sur l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté permettra d'obtenir des informations complémentaires et à notre travail.

## THESE SOUTENUE PAR Mme Solène NARBONNET

### **CONCLUSIONS**

D'après les résultats de cette étude qualitative via des entretiens semi-dirigés, la prescription d'Activités physique adaptée restait complexe pour la plupart des médecins généralistes interrogés en Sud Côte d'Or.

Le facteur principal freinant le développement de l'APA en 2025 était le manque de structures et de professionnels qui proposent de l'APA sur ce territoire. L'absence de débouchés limitait l'intérêt des médecins pour approfondir leurs connaissances en matière d'APA. Le manque de formation théorique sur l'activité physique, adaptée ou non, son processus de prescription constituait des freins déterminants pour expliquer l'insuffisance de prescription d'APA. Enfin, le manque de connaissances sur les professionnels locaux dispensant de l'APA et le manque d'interaction entre les différents acteurs du territoire semblaient être les autres éléments majeurs pour favoriser la prescription d'APA sur ce territoire d'étude.

Cependant, quel que soit leur âge, tous les médecins avaient conscience de l'importance de l'activité physique pour l'ensemble de leurs patients, notamment ceux atteints d'une pathologie chronique ou en perte d'autonomie. La plupart trouvaient parfois des alternatives à l'APA pour encourager la pratique d'activité physique, comme la prescription de kinésithérapie.

DIJON, le 19/08/2025



Pr. P. ORNETTI  
Le Président du jury,

Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 21 Août 2025  
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

## X. BIBLIOGRAPHIE

1. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/guide\\_connaissance\\_ap\\_sedentarite\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/guide_connaissance_ap_sedentarite_vf.pdf).
2. SPF. Baromètre santé nutrition 2008 [Internet]. [cité 4 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante-nutrition-2008>
3. ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/Chapitre\_8.html [Internet]. [cité 29 juill 2025]. Disponible sur: [https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/Chapitre\\_8.html](https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/Chapitre_8.html)
4. Carré F, Grémy I, Duclos M, Moro C, Freyssenet D, Boiché J, et al. Activité physique et maladies chroniques : quels effets et dans quel cadre ? ADSP. 2021;114(2):13-25.
5. Activité physique et sédentarité dans la population en France. Synthèse des données disponibles en 2024 [Internet]. [cité 28 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/enquetes-etudes/activite-physique-et-sedentarite-dans-la-population-en-france.-synthese-des-donnees-disponibles-en-2024>
6. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Regardez en replay - Faciliter la prescription d'activité physique chez l'adulte. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3383473/fr/regardez-en-replay-faciliter-la-prescription-d-activite-physique-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3383473/fr/regardez-en-replay-faciliter-la-prescription-d-activite-physique-chez-l-adulte)
7. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée - Légifrance [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000033824850/>
8. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000031913406>
9. Chapitre II : Prescription d'activité physique (Articles D1172-1 à D1172-5) - Légifrance [Internet]. [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000033826290/2017-03-01>
10. Bauduer F, Vanz E, Guillet N, Maurice S. La prescription d'activité physique par le médecin traitant : l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé. Santé Publique. 2018;30(3):313-20.
11. Krim F, Perwez T, Gignon M, Bréchat PH, Leprêtre PM. Prescription de l'activité physique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes Picards. Sci Sports. 1 févr 2022;37(1):37-44.
12. 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.

13. SPF. La Santé en action, Décembre 2022, n°462 Activité physique adaptée : promouvoir la santé des populations [Internet]. [cité 28 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-sante-en-action-decembre-2022-n-462-activite-physique-adaptee-promouvoir-la-sante-des-populations>
14. Croquin M, Galudec PM, Magot L, Cugeron 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. Sci Sports. 1 juin 2023;38(4):337-54.
15. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf).
16. Isabelle LP. La prescription d'activité physique adaptée (APA). 2022;
17. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 27 août 2024]. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante)
18. LOI n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France (1) - Légifrance [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000045287577>
19. La prescription d'activité physique adaptée : une thérapeutique non médicamenteuse [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/prescription-activite-physique-adaptee>
20. sports.gouv.fr [Internet]. [cité 4 juill 2025]. Maisons Sport-Santé. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/maisons-sport-sante-388>
21. LMDWebSolutions. Le Sport sur Ordonnance en Bretagne [Internet]. Sport Santé Bien-Être en Bretagne. 2017 [cité 4 juill 2025]. Disponible sur: <https://bretagne-sport-sante.fr/2017/03/13/le-sport-sur-ordonnance-en-bretagne/>
22. Sport Santé Bien-Être en Bretagne [Internet]. 2024 [cité 27 août 2024]. En Bretagne, l'activité physique pour tous. Disponible sur: <https://bretagne-sport-sante.fr/>
23. Accueil - EsPASS [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://espass-bfc.fr/>
24. « Et si les enseignant.e.s en APA arrêtaient tout? » / Les articles / Actualités | SFP-APA [Internet]. 2022 [cité 12 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.sfp-apa.fr/actualites/les-articles/et-si-les-enseignant.e.s-en-apa-arretaient-tout.html>
25. Le Code de Déontologie de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée : un nouveau pas dans la reconnaissance de la profession [Internet]. 2018 [cité 18 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.sfp-apa.fr/actualites/les-articles/le-code-de-deontologie-de-l-enseignant-en-activite-physique-adaptee-un-nouveau-pas-dans-la-reconnaissance-de-la-profession.html>

26. Le référentiel métier de l'enseignant en Activité Physique Adaptée (version mai 2016) [Internet]. 2015 [cité 19 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.sfp-apa.fr/actualites/les-articles/referentiel-metier-enseignant-apa.html>
27. Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 24 juill 2025]. Les métiers par familles de métiers. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/article/les-metiers-par-familles-de-metiers>
28. Documents du réseau sport-santé [Internet]. ESPASS BFC. [cité 21 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.espass-bfc.fr/ressources/documents-du-reseau-sport-sante/>
29. vdugoujon. Sport & santé [Internet]. eTICSS. 2023 [cité 22 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.projet-eticss.fr/sport-sante/>
30. Parcours de santé numériques : 100 000 patients inclus sur la plateforme eTICSS ! [Internet]. 2024 [cité 4 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/parcours-de-sante-numeriques-100-000-patients-inclus-sur-la-plateforme-eticss>
31. Julie Pitarch - Déterminants de la prescription d'activité physique : étude qualitative auprès des 21 médecins de l'expérience Sport-Santé sur ordonnance menée à Biarritz en 2015 - UPthès - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 24 juill 2025]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/56688>
32. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 2 juin 2025]. Entretien motivationnel. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3501842/en/entretien-motivationnel](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3501842/en/entretien-motivationnel)
33. Little P, Dorward M, Gralton S, Hammerton L, Pillinger J, White P, et al. A randomised controlled trial of three pragmatic approaches to initiate increased physical activity in sedentary patients with risk factors for cardiovascular disease. Br J Gen Pract. mars 2004;54(500):189-95.
34. Bloy G, Philippon LM, Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. Santé Publique. 22 juin 2016;1(HS):153-61.
35. Prescrire de l'activité physique à mes patients [Internet]. ESPASS BFC. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.espass-bfc.fr/sport-sur-prescription/prescrire-de-lactivite-physique-a-mes-patients/>
36. IPAQ (International Physical Activity Questionnaire – Craig et al. 2003) - Onaps [Internet]. [cité 24 juill 2025]. Disponible sur: <https://onaps.fr/outils/ipaq-international-physical-activity-questionnaire-craig-et-al-2003/>
37. GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire – Cleland et al. 2014) - Onaps [Internet]. [cité 24 juill 2025]. Disponible sur: <https://onaps.fr/outils/gpaq-global-physical-activity-questionnaire-cleland-et-al-2014/>

38. sports.gouv.fr [Internet]. [cité 22 juin 2025]. Notes d’analyse SPORT ECO. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/notes-d-analyse-sport-eco-1543>
39. Sénat [Internet]. 2022 [cité 4 juill 2025]. Prise en charge des activités physiques adaptées par l’assurance maladie et stratégie nationale pour le sport-santé et bien-être. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ22120294S.html>
40. sports.gouv.fr [Internet]. [cité 4 juill 2025]. Bouge 30 minutes par jour. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/bouge-30-minutes-par-jour-9808>
41. Impacts économiques et sociaux des Jeux Olympiques et Paralympiques: à vos stats, prêts, partez ! [Internet]. 2024 [cité 21 juin 2025]. Disponible sur: <https://blog.insee.fr/impacts-economiques-et-sociaux-des-jo-et-jop/>
42. Valentine Bonnet, Marianne Ristovski. Le médecin généraliste et l’activité physique adaptée (APA) : de la formation initiale à la prescription en cabinet. Médecine humaine et pathologie. 2020. (hal-03298100).
43. La prescription du sport-santé en Bourgogne - Franche-Comté [Internet]. ESPASS BFC. [cité 4 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.espass-bfc.fr/sport-sur-prescription/prescrire-de-lactivite-physique-a-mes-patients/prescription-sport-sante-bourgogne-franche-comte/>
44. Arrêté du 28 décembre 2023 fixant le modèle de formulaire de prescription d’une activité physique adaptée.

## XI. ANNEXES

### \*Annexe n° 1 :

Tableau des différents professionnels pouvant intervenir en fonction des limitations des patients  
([https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cir\\_activite\\_physique\\_adaptee.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cir_activite_physique_adaptee.pdf))

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

<sup>1</sup> Concernés à la condition d'intervenir dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire

**\*Annexe n° 2 :**

Questionnaire final pour les entretiens avec les médecins généralistes du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or à propos de leur expérience de prescription d'APA

*Tout d'abord, merci d'avoir accepté de réaliser cet entretien et de participer à mon travail de thèse.*

*Comme convenu, nous allons discuter ensemble de la prescription d'APA dans votre pratique en tant que médecin généraliste du territoire de la CPTS Sud Côte d'Or et cela sur l'année 2025.*

*Je rappelle que les données échangées seront enregistrées pour faciliter l'analyse de la discussion en aval.*

*Également, notre échange sera rendu anonyme.*

- A. Demander rapidement durée d'expérience, structure d'exercice, adhésion à la CPTS Sud Côte d'Or, etc ?
1. Connaissez-vous le principe de l'APA (activité physique adaptée et non allocation personnalisée d'autonomie) et sous quelle forme la prescrivez-vous ? (orale, écrite comme une ordonnance de médicaments, avec un modèle de votre logiciel-métier, avec un modèle d'une structure ou réseau comme le Réseau Sport Santé)
2. Pour vous, quelles sont les règles de prescription pour la rédaction d'une ordonnance d'APA ?
3. Comment évaluez-vous vos connaissances en matière d'APA et sa prescription ? (Par quels moyens vous documenteriez-vous ?)
4. Quelles sont les formations à ce sujet auxquelles vous avez déjà participé ?
5. Est-ce que la CPTS communique à ce sujet ?
6. Connaissez-vous le Pass (Parcours d'Accompagnement Sportif pour la Santé) qui est le dispositif élaboré par le Réseau Sport Santé en Bourgogne Franche Comté ?

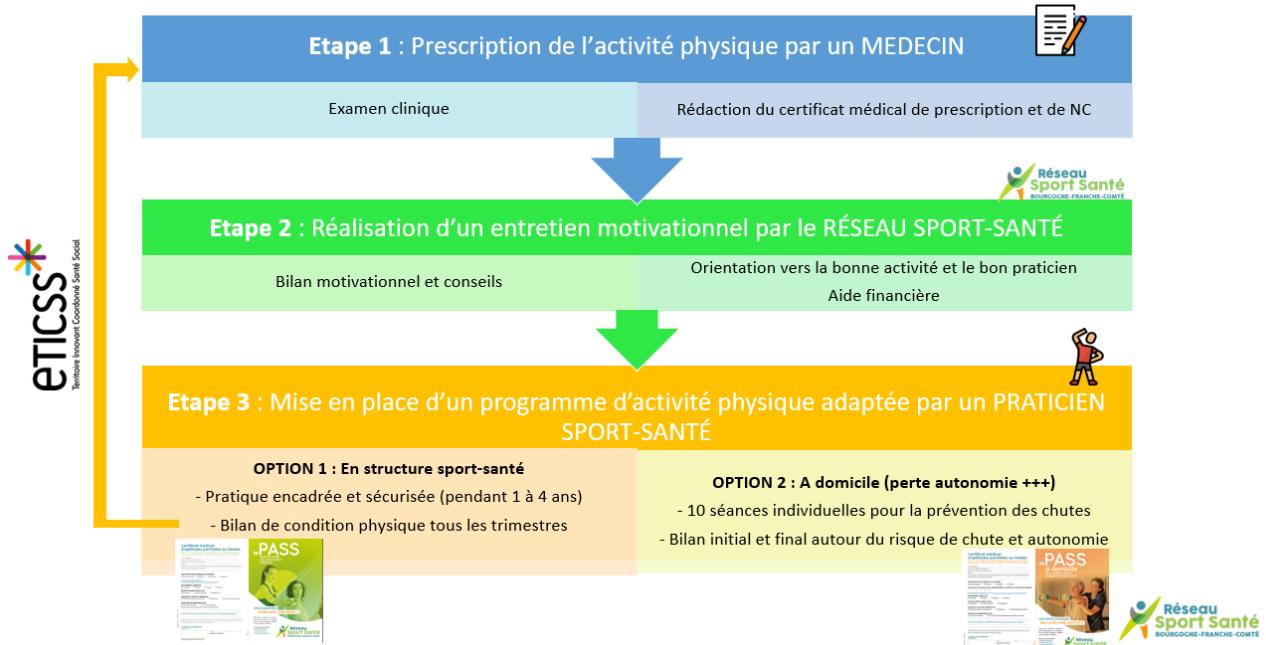
Si oui, utilisez-vous le « kit » de documents d'informations à disposition des patients, des médecins, construit par le RSSBFC et à disposition sur leur site internet et disponible à la demande par mail ([contact@rssbfc.fr](mailto:contact@rssbfc.fr)) ?

7. Quelles sont les différentes offres locales du territoire Sud Côte d'Or (associations, professionnels de santé, Maison Sport Santé) vers lesquelles orienter vos patients lors de la prescription d'APA ?
8. Que pensez-vous de ces offres locales en termes de nombre, facilité d'accès, variété, communication d'informations ?
9. Selon vous, en tant que médecin généraliste du territoire Sud Côte d'Or, quels sont les facteurs qui vous encouragent à prescrire de l'APA ?
10. A l'inverse, selon vous, quels sont les facteurs qui vous empêchent d'en prescrire ?
11. Dans l'ère post-Jeux Olympiques organisés en France en 2024, ressentez-vous un regain d'intérêt pour la pratique du sport de la part des patients ?

**\*Annexe n° 3 :**

Résumé de la démarche de prescription d'APA par le biais du Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté (43)

### Organisation régionale du « sport sur ordonnance » : Le PASS



**\*Annexe n° 4 :**

Modèle du formulaire de prescription d'APA établi par arrêté du 28 décembre 2023 par le Ministère de la Santé (44)

*Tampon du médecin*

*Date :*

*Nom et prénom du patient :*

*Je prescris une activité physique adaptée, pour une durée de (la durée de prescription est de 3 à 6 mois renouvelable (1)), à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.*

*Préconisations d'activité, selon les référentiels d'aide à la prescription d'activité physique lorsqu'ils existent (2) (type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état de santé du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, fréquence, intensité) :*

*Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte :*

*Cette prescription ouvre droit au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par une personne qualifiée (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, intervenant en activité physique adaptée formé à la réalisation de ces évaluations), à l'entrée puis à la fin du programme d'activité physique adaptée, en référence à l'[article D. 1172-2 du code de la santé publique](#).*

*Le patient présente-t-il une indication qui nécessite le renouvellement et l'adaptation de la prescription par un médecin ? (3) :*

*OUI / NON si oui mentionner laquelle :*

*Signature du médecin :*

**TITRE DE LA THESE :**

**ETAT DES LIEUX DE LA PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE PAR LES MEDECINS GENERALISTES SUR LE TERRITOIRE DE LA CPTS SUD COTE D'OR EN 2025**

**AUTEUR : NARBONNET SOLENE**

**RESUME :**

D'après les résultats de cette étude qualitative via des entretiens semi-dirigés, l'ensemble du système de prescription d'Activité Physique Adaptée restait complexe pour la plupart des praticiens interrogés. Le facteur principal freinant le développement de l'Activité Physique Adaptée en territoire Sud Côte d'Or en 2025 était le manque de structures et de professionnels qui proposent de l'Activité Physique Adaptée. L'absence de débouchés limitait l'intérêt des médecins pour approfondir leurs connaissances en matière d'Activité Physique Adaptée. Le manque de formation théorique sur l'activité physique, adaptée ou non, son processus de prescription était l'autre facteur déterminant pour expliquer l'insuffisance de prescription d'Activité Physique Adaptée. Enfin, le manque de connaissances sur les professionnels locaux dispensant de l'Activité Physique Adaptée et le manque d'interaction entre les différents acteurs du territoire semblaient être les autres éléments majeurs faisant obstacle à l'extension de la prescription d'Activité Physique Adaptée sur notre territoire d'étude. Cependant, quel que soit leur âge, tous les médecins avaient conscience de l'importance de l'activité physique pour l'ensemble de leurs patients, notamment ceux atteints d'une pathologie chronique ou en perte d'autonomie. La plupart trouvaient parfois des alternatives à l'Activité Physique Adaptée pour encourager la pratique d'activité physique, comme la prescription de kinésithérapie.

Diverses propositions de pistes d'amélioration avaient été évoquées en entretien, comme l'augmentation de la formation des prescripteurs, ou l'utilisation des moyens existants pour augmenter l'offre locale. Nous avons également évoqué des axes à envisager pour développer l'Activité Physique Adaptée, tels que la coordination de projet ou la diffusion des Maisons Sport-Santé. Même si le Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté est l'un des plus vieux réseaux créés en France pour promouvoir le sport-santé, le développement de la prescription d'activité physique adaptée en territoire Sud Côte d'Or par les médecins généralistes reste à encourager, comme nous en avions fait l'hypothèse. L'intérêt de cette étude est que ses conclusions pourront être transmises au Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté ainsi qu'à la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Sud Côte d'Or, pour tenter de développer l'Activité Physique Adaptée sur ce territoire.

Pour élargir les conclusions de notre travail, il serait intéressant d'approfondir les recherches qualitatives sur le même schéma méthodologique en ciblant d'autres territoires que celui de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Sud Côte d'Or, tout en restant en région Bourgogne-Franche-Comté. Cela permettrait de réaliser une comparaison des avis sur cette prescription selon la localisation des médecins et les offres locales. De plus, l'étude quantitative en cours menée sur l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté permettra d'obtenir des informations complémentaires et à notre travail.

**MOTS-CLES : ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE, MEDECIN GENERALISTE, PRESCRIPTION, SOINS PRIMAIRE**