

INSTITUT D'ÉCONOMIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTÉ
UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

CONSEIL ET PRESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE AU CABINET MÉDICAL

ALBERTO MARCACCI

Mémoire de DESS
en économie et management de la santé

Directeurs de mémoire :
Dr Jacques Cornuz
Prof Fred Paccaud

Expert :
Dr Raphael Bize

FEVRIER 2006

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	ii
REMERCIEMENTS	iii
PRÉFACE	iv
1. INTRODUCTION	5
2. VALIDITÉ THÉRAPEUTIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	6
2.1 L'HOMME ET LE MOUVEMENT	6
2.2 LA MÉDECINE FACE À L'ÉVOLUTION DE NOTRE SOCIÉTÉ.....	6
2.3 LA MÉDECINE ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LE CONTEXTE ACTUELLE	7
2.3.1 <i>Les interventions cardiaques percutanées</i>	8
2.3.2 <i>La prévention des chutes des personnes âgées</i>	8
2.4 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA SANTÉ PUBLIQUE.....	9
2.5 LE RÔLE DES MÉDECINS	12
3. PRÉDISPOSITION DES MÉDECINS TESSINOIS À CONSEILLER ET PRESCRIRE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	13
3.1 INTRODUCTION	13
3.2 MÉTHODE.....	15
3.2.1 <i>Sujets</i>	15
3.2.2 <i>Analyse des données</i>	16
3.3 RÉSULTAT	16
3.3.1 <i>Pratique</i>	16
3.3.2 <i>Barrières</i>	17
3.3.3 <i>Prescription</i>	19
3.3.4 <i>Proposition</i>	19
3.4 DISCUSSION	20
3.5 CONCLUSION.....	24
4. CONCLUSION GÉNÉRALE ET PROPOSITION	25
4.1 UN SYSTÈME DE SANTÉ COHÉRENT	25
4.2 UN PROBLÈME DE CULTURE.....	26
4.3 DES ACTIONS CONCRÈTES !.....	27
4.4 CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAPHIE	29
ANNEXE 1	I
ANNEXE 2	II
GLOSSAIRE	III

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ici les personnes qui, par leurs conseils et leurs encouragements ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

Mes premiers remerciements iront au Dr Jacques Cornuz, Médecin-chef de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), qui m'a fait bénéficier de son expérience et de sa connaissance du domaine médicale, ainsi que de ses contacts pour l'avancement du travail, ainsi que le Prof Fred Paccaud, directeur de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP), pour sa disponibilité.

Je remercie le Dr Raphael Bize, de l'Unité de prévention, PMU/IUMSP qui par son regard critique et son expertise dans le domaine de la prévention au cabinet médical, a permis de valoriser le contenu du travail.

J'adresse également un remerciement tout particulier au Dr Mario Lazzaro, adjoint du médecin cantonal du Tessin, qui, par sa collaboration dans le recrutement des médecins tessinois, a rendu possible la réalisation de ce travail. Je tiens aussi à le remercier, car grâce à son regard critique et son expérience du domaine de la santé publique, il m'a donné des pistes de réflexion très précieuses.

Un grand merci aux professionnels de la santé qui ont participé à cette étude. Leur disponibilité, malgré un horaire de consultations bien rempli, a été très appréciée et m'a permis d'obtenir des données de haute qualité.

Enfin, je tiens à remercier ma compagne, pour le soutien continu, et les précieux conseils qu'elle m'a apporté.

PRÉFACE

*« Au début n'est pas le verbe, encore moins la théorie. Au début est l'action, ou mieux encore l'activité adaptative d'un être dans son environnement. C'est par l'action que commence la pensée... »
(Gérard Vergnaud, 1996)*

La simple observation du fonctionnement physiologique de l'être humain, nous montre que tous les systèmes qui constituent notre organisme s'adaptent au mouvement. Il suffit de se lever trois fois de sa chaise pour s'en apercevoir : accélération du rythme cardiaque et du débit ventilatoire. La nature intrinsèque de l'homme est donc celle de bouger, certainement une hérédité de l'évolution qui obligeait nos ancêtres à chasser et cultiver la terre pour survivre. Le Prof Lutz Jäncke, neuropsychologue à l'Université de Zurich, s'exprime sur le sujet en ces termes : « ...l'activité physique est à l'origine de toute évolution ».

L'expérience nous montre que lors d'absence de mouvement, comme c'est le cas chez le sédentaire, il y a une dégradation de l'organisme qui conduit souvent à une situation pathologique. Il est ensuite indispensable de rétablir un équilibre pour retrouver un état de santé acceptable. La médecine intervient dans ce sens en proposant des thérapies curatives, toutefois le mouvement semble également être une solution adaptée à l'être humain ! L'activité physique, quand elle est prescrite de manière adaptée, peut satisfaire à ces exigences thérapeutiques et avoir un effet incontestable sur les maladies chroniques qui touchent nos sociétés. L'hypothèse est simple, le mouvement enclenche des mécanismes naturels de protection et de renforcement de l'organisme qui permettent de prévenir et de traiter des maladies, en premier lieu les maladies cardiovasculaires et métaboliques. Selon un récent rapport publié par l'American Heart Association (AHA), prescrire la pratique d'une activité physique pourrait se révéler aussi efficace contre les maladies cardiovasculaires que des médicaments ou une chirurgie (Thompson, et al. 2003). Cette affirmation pourrait être extrapolée à d'autres pathologies, car l'activité physique fait l'objet d'un consensus quant à sa valeur thérapeutique.

Le médecin devient donc, dans ce contexte, l'élément central d'une discussion qui a pour but de repenser l'approche avec la maladie non plus focalisée sur ses effets mais plutôt sur ses causes. Il doit assumer sa part de responsabilité quant aux choix thérapeutiques proposés à son patient en lui donnant tous les éléments nécessaires pour lui permettre de définir le parcours thérapeutique le plus adapté à ses besoins. Connaître le point de vue des professionnels de la santé, vis-à-vis de cette approche, semble être une investigation importante dans l'évolution des pratiques médicales.

Dans ce document, l'activité physique est considérée comme un mouvement de l'organisme produit par une contraction musculaire, qui augmente la dépense énergétique dans le cadre des loisirs (sport, entraînement, compétition), des activités domestiques ou professionnelles (Caspersen, et al. 1985).

1. INTRODUCTION

L'évolution épidémiologique de notre société, montre l'émergence des maladies dites de civilisation (obésité, dépression, diabète, maladies chroniques, maladies cardiovasculaires,...). Actuellement l'obésité prend les proportions d'une épidémie mondiale. La prestigieuse revue *The Lancet*, n'hésite pas à qualifier la progression de l'obésité d'« *échec catastrophique* » des systèmes de santé publique (Lancet 2004). En Suisse le 39% de la population de plus de 18 ans souffre de surcharge pondérale et le 4% des enfants entre 6 et 12 ans souffrent d'obésité¹.

A l'heure actuelle, il est admis que l'activité physique a un effet positif sur la plupart des maladies de civilisation, en premier lieu sur les maladies cardiovasculaires et métaboliques. De plus, il apparaît de manière toujours plus évidente que l'activité physique agit efficacement et simultanément sur trois domaines : la prévention et la promotion de la santé, le traitement et la réadaptation. Des études cliniques montrent aussi pour certaines maladies, un rapport coût-efficacité bien meilleur que la prise en charge médicale actuelle. Sur la base de ces connaissances, plusieurs instances de santé publique ont mis en place des programmes de promotion de la santé et de prévention primaire basés sur l'encouragement de la population et de l'individu à pratiquer une activité physique. Toutefois, le niveau d'activité physique des populations des pays développés, n'a pas cessé de diminuer ces dernières décennies, au point que la sédentarité est devenue un facteur à risque au même titre que l'hypertension ou le tabagisme.

Une piste envisageable, pour faire face aux maladies de civilisation, est l'introduction du conseil en activité physique dans la pratique médicale. En effet, dans les pays industrialisés, plus de 80% de la population consulte au moins une fois par année son médecin. Le cabinet médical est donc un lieu privilégié pour promouvoir et prescrire l'activité physique.

Ce travail traite de l'introduction de l'activité physique dans la pratique médicale. Il s'intéresse tout particulièrement à la prédisposition des médecins tessinois à prescrire de l'activité physique comme moyen préventif ou thérapeutique pour des pathologies telles que l'obésité, l'hypertension, le diabète de type 2 et les maladies coronariennes. Ce travail de recherche se divise en trois parties. La première partie consiste à démontrer la validité thérapeutique de l'activité physique. La deuxième partie décrit les résultats d'une étude qualitative, issus des interviews semi-structurés et effectués auprès des médecins tessinois. La troisième partie est dédiée à une conclusion générale et à des propositions d'intervention en santé publique seront brièvement discutées.

¹ Observatoire suisse de la santé, rapport 3.1.1 : Indice de masse corporelle (IMC)

2. VALIDITÉ THÉRAPEUTIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

2.1 L'HOMME ET LE MOUVEMENT

L'être humain est programmé pour bouger ! Jusqu'à la première moitié du XIX siècle, les principales occupations journalières de l'homme étaient caractérisées par une importante activité physique : la chasse, le travail de la terre, l'artisanat. Le 99% de l'histoire de l'homme est caractérisé par une vie active et le mouvement physique a fait longtemps partie de notre quotidien (Astrand 1986). L'être humain ne s'est pas contenté de survivre, mais il a progressé jusqu'à l'arrivée de l'automobile, de la télévision, des jeux vidéos et d'Internet. Depuis, l'activité physique présente dans les tâches quotidiennes et sur le lieu du travail, ainsi que la durée du temps destiné aux loisirs ont diminué drastiquement, à tel point que ces éléments sont quasiment inexistantes dans les pays industrialisés. Il est maintenant reconnu, que la plupart des maladies chroniques dont souffre notre société sont liées fondamentalement au mode de vie (Chakravarthy, et al. 2002) et dont la sédentarité est un des premiers facteurs de risque. Plusieurs études se sont intéressées aux déterminants qui influencent le niveau d'activité physique de l'individu. Certains chercheurs pensent qu'il existe un lien entre le système de contrôle biologique de l'homéostasie et le système nerveux central, qui détermine le degré d'« engagement » de la personne à pratiquer une activité physique. Ce lien serait en relation avec le cerveau reptilien et avec des facteurs génétiques. L'inactivité physique serait donc responsable d'un déséquilibre biologique dirigé par l'hypothalamus, qui conduirait la personne à des situations à risque, comme par exemple l'obésité (Rowland 1998). Pour d'autres se sont plutôt les aspects psychosociaux et environnementaux, tels que le statut social, le niveau de formation, et l'accessibilité aux activités, qui déterminent le niveau d'activité physique de l'individu (Dishman, et al. 1985). Quoiqu'il en soit, notre société actuelle favorise les modes de vie préjudiciables à la santé.

Cette analyse ne cherche pas à être une plaidoirie en faveur d'un retour à la condition de vie des nos ancêtres, mais plutôt un regard sur le fait que notre corps a un besoin intrinsèque d'être actif. La nature de l'homme est fortement liée au mouvement du corps, la médecine doit valoriser cet aspect dans le traitement thérapeutique.

2.2 LA MÉDECINE FACE À L'ÉVOLUTION DE NOTRE SOCIÉTÉ

L'évolution des pratiques médicales, et de notre société, a donné à la médecine une conception « curative et salvatrice » de la médecine dont l'instrument principal est le diagnostic, fondement de tout traitement correct qui génère le mandat du médecin et confère la légitimité de son intervention. Dans cette approche la pratique médicale est tributaire de la précision et de l'exactitude du diagnostic, ainsi que de la pertinence des soins sollicités. C'est ce qu'on appelle la « rationalité médicale » (Good 1994), l'aune à laquelle on mesure l'adéquation et le bien-fondé des pratiques préventives et des projets thérapeutiques issus de la médecine. Elle fixe des objectifs et dicte des pratiques. L'impression qui s'en dégage, est que la médecine s'accroche à des grilles de lecture des situations cliniques ce qui l'amène à considérer en termes de problèmes médicaux, voir

psychiatriques, ce qui peut relever d'une condition sociale particulière. En s'attachant aux effets des maladies, on oublie facilement ses causes [...] et ceci concourt à favoriser la surmédicalisation de nos sociétés (Rossi 2005).

Les progrès dans le domaine médical et technologique, ainsi que le marketing agressif de l'industrie pharmaceutique renforcent et favorisent ce type de comportement (Moynihan, et al. 2002). Le livre de Ray Moynihan et Alan Cassels – « Selling Sickness : How Drug Companies Are Turning Us All Into Patients » – expose de manière claire comment les hauts et les bas de la vie quotidienne deviennent des troubles mentaux, et les plaintes communes des conditions malades. La timidité, par exemple, est définie comme un désordre d'anxiété sociale, l'hyperactivité de nos enfants devient un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et le stress du travail, une maladie dépressive. L'industrie pharmaceutique exploite les définitions de la maladie pour justifier la vente de produits destinés à traiter ces conditions sociales. Les produits pharmaceutiques destinés à la médicalisation des facteurs de risque liés aux modes de vie, comme l'hypertension, l'obésité ou l'hypercholestérolémie et les possibilités offertes par la médecine dans le traitement des effets de ces facteurs sur la santé, ne contribuent pas à prévenir les causes de la maladie. La prise en charge médicale offerte dans la plupart des systèmes de santé européens, a tendance à déresponsabiliser la personne vis-à-vis de sa propre santé, favorisant ainsi, les comportements pathogènes qui contribuent largement à l'augmentation des coûts de la santé.

Le changement épidémiologique propre à notre époque atteste de cette évolution dans les maladies et ceci pose des nouveaux défis à la médecine (Murray and Lopez 1996). De fait, ce changement est lié à l'évolution des modes de vie imposés par le fonctionnement de notre société – émergence de l'individualité, impératif de performance, compétition professionnelle, rupture du contrat social, exclusion et marginalisation, etc. – mettant en relief l'émergence des maladies dites « de civilisation » – troubles psychosomatiques, maladies liées à l'âge avancé, souffrance psychique, maladies dégénératives, maladies chroniques. Nous sommes désormais passés « des maladies aiguës, curables, les maladies infectieuses par exemple, aux affections durables, où la médecine ne peut qu'être accompagnement et suivi dans la durée. La médicalisation du mal-être [...] est une autre expression de l'évolution de ce qu'est devenue la maladie, un mode d'acceptabilité sociale de problèmes de société » (Junod 2001). La pratique médicale en ce sens doit revoir ses fondements, son fonctionnement et considérer davantage tous les déterminants de la santé. Elle doit se conformer à cette nouvelle identité de maladie de civilisation et proposer des choix thérapeutiques plus proches de notre réalité sociale.

2.3 LA MÉDECINE ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LE CONTEXTE ACTUELLE

L'utilisation de l'exercice physique comme traitement médical est un vieux concept. Hippocrate écrivait : *"In a word, all parts of the body which were made for active use, if moderately used and exercised at the labor to which they are habituated, become healthy, increase in bulk, and bear their age well, but when not used, and when left without exercise, they become diseased, their growth is arrested, and they soon become old"* (Hippocrate 2002). Le regard de la médecine sur l'activité physique n'a pas évolué beaucoup ces derniers deux millénaires ; l'exercice physique est encore aujourd'hui considéré principalement comme une activité récréative pour des personnes saines, mais il est difficilement considéré comme une action thérapeutique pour

des personnes atteintes des maladies chroniques. Une des premières anecdotes documentées concernant l'exercice physique comme traitement pour les maladies cardiovasculaires est celui de William Heberden – qui a donné la première description de l'angina pectoris – et qui en 1772 écrivait : *“I knew of one who set himself the task of sawing wood for half an hour every day, and was nearly cured”* (Silverman 1987). En d'autres termes, il est parfois suffisant d'utiliser notre potentiel physique pour faire face à des problèmes de santé ! La description des deux exemples suivantes touchant à notre société, montre la prise en charge actuelle des problèmes de santé dans notre culture, et comment elle est fortement focalisée sur les effets et non sur les causes de la maladie.

2.3.1 Les interventions cardiaques percutanées

Durant l'année 2001, en Suisse, 11'803 interventions cardiaques percutanées (PCI) ont été comptabilisées et, dans 82% des cas, il y avait eu pose de stent (Schlüter, et al. 2004). Après 6 mois, on observait un taux de ré-sténose de 25%, nécessitant de nouvelles interventions (Taddei, et al. 2004). Le traitement thérapeutique actuel (médicaments, angioplastie et pontage chirurgical) n'apporte aucun bénéfice démontré concernant la prévention de la récurrence d'infarctus ou la baisse de mortalité (Bucher, et al. 2000). En outre, l'inefficacité des traitements sur les causes des maladies coronariennes engendre des coûts supplémentaires considérables. En 2004, la revue spécialisée en cardiologie, *Circulation*, a publié un article qui a mis en évidence l'efficacité et l'efficacité de l'activité physique dispensée de manière adaptée (APA) dans le traitement des ischémies coronariennes stables. Dans cette étude les participants ischémiques ont été divisés en deux groupes : APA et Angioplastie, et ont été suivi pendant 12 mois. Les résultats montrent une augmentation de la survie sans complications, une amélioration des capacités physiques et une diminution des récurrences et des ré-hospitalisations dans le groupe APA. L'évaluation coût-efficacité a aussi permis de conclure qu'un traitement des maladies coronariennes par une activité physique adaptée coûte la moitié du prix d'un traitement classique (Hambrecht, et al. 2004).

2.3.2 La prévention des chutes des personnes âgées

Environ 83% des accidents subis par les personnes âgées en Suisse sont des chutes², et chaque année quelques 65'000 aînés reçoivent des soins médicaux. Une conséquence très fréquente de ces chutes est la fracture de la hanche ; chaque année, entre 8'000 et 10'000 cas sont comptabilisés et génèrent des coûts directs de plus d'un demi-milliard de francs. Une analyse de la littérature (American Geriatrics Society, et al. 2001), portant sur 16 études, a identifié les facteurs de risque les plus fréquents (Tableau 1). Ces résultats montrent clairement que les causes principales de la chute sont liées à des facteurs physiques et psychiques, l'intervention thérapeutique doit donc aller dans cette direction. La prévention de la chute est focalisée sur la diminution des effets, comme par exemple le protège-hanches³, ou l'aménagement des infrastructures ; mais peu d'actions sont menées

² Epidémiologie des accidents des personnes âgées. Ce rapport peut être consulté à la page web suivante : http://www.bpa.ch/recherche/resultats/Report/r_42_f.pdf

³ Le protège-hanches fait office de bouclier. Son effet est comparable à celui d'un casque. Il est simple à manier : les coques minces/ coussinets synthétiques sont intégrés au sous-vêtement ou alors glissés dans les poches correspondantes du sous-vêtement. Le protège-hanche est invisible de l'extérieur (source : Bureau Suisse des préventions des accidents)

en faveur d'une prévention des causes, qui sont décrit dans le tableau 1. Pour inciter les professionnels de la santé à prendre en considération ces aspects, la Société Américaine de Gériatrie a publié des recommandations pour la pratique clinique (RPC)⁴ et pour la prévention des chutes des personnes âgées (American Geriatrics Society, et al. 2001).

Tableau 1 : Les facteurs de risque de la chute des personnes âgées (American Geriatrics Society, et al. 2001)

<i>Facteurs de risque</i>	<i>Risque relatif</i>
Faiblesse musculaire	4.4
Anamnèse positive de la chute	3.0
Troubles de la marche	2.9
Troubles de l'équilibre	2.9
Utilisation d'un moyen auxiliaire	2.6
Troubles de la vue	2.5
Dépression	2.2

A l'occasion du colloque du 18 octobre 2001, organisé par le Bureau Suisse de prévention des accidents (BPA) sur le thème : « Prévention des fractures de la hanche au 3^{ème} âge », le Dr méd. Reto W. Kressig conclut ainsi son intervention : « ... *L'activité physique régulière, notamment les exercices d'équilibre, les exercices de marche et les exercices pour améliorer la force, accompagnée d'une alimentation appropriée est le pilier le plus important dans la prévention des chutes.* »

Ces éléments montrent que parfois il suffit de mettre l'être humain au centre des préoccupations, en lui donnant les moyens nécessaires pour qu'il puisse exprimer son potentiel physique et psychique, afin de faire efficacement face aux problèmes de santé.

2.4 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA SANTÉ PUBLIQUE

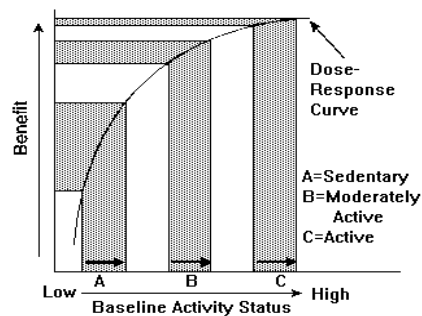
L'activité physique est un sujet d'étude qui intéresse de plus en plus les scientifiques et le domaine médical. Le rapport de la « Surgeon General » (U.S. Département of Health and Human Services 1996) a été un des premiers documents à mettre en évidence les bienfaits de l'activité physique sur la santé, qui est encore aujourd'hui souvent cité comme document de référence. La relation entre le volume d'activité physique et les bénéfices pour la santé (Figure 1) montre qu'à partir d'un niveau de base toute activité physique supplémentaire entraîne un bénéfice supplémentaire pour la santé.

Cette relation de dose-réponse (Kesaniemi, et al. 2001) a pour conséquence directe que, chez le sujet sédentaire, même la pratique d'une quantité modérée d'activité physique s'accompagne déjà d'un bénéfice substantiel en terme de santé. C'est d'ailleurs chez ce dernier et chez les personnes modérément actives que le bénéfice est le plus grand. Le constat actuel, après consultation de plusieurs études cliniques randomisées, est que

⁴ Les termes anglais « guidelines » ou « clinical practice guidelines » ont plusieurs équivalents en langue française, notamment « recommandations pour la pratique clinique » ou « recommandations pour la pratique médicale » ou encore « recommandations de bonnes pratiques ». Après consultation des experts, il est apparu que le terme « recommandations pour la pratique clinique » (RPC) est le plus utilisé (Source : The AGREE Collaboration)

l'activité physique est aussi associée à une diminution de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires (Hambrecht, et al. 2004, Thompson, et al. 2003), à une réduction de l'incidence de l'obésité (Wing and Hill 2001), de l'hypertension artérielle (Whelton, et al. 2002) et du diabète de type 2 (Laaksonen, et al. 2005), ainsi qu'à un meilleur contrôle métabolique chez le diabétique. Elle est, entre autre associée à une diminution de l'incidence des cancers du colon (Slattery and Potter 2002), du sein (Breslow, et al. 2001), de l'ostéoporose (Vuori 2001), et des états dépressifs (Pollock 2001). Elle permet d'augmenter l'autonomie chez la personne âgée et de diminuer le risque d'apparition de maladies liées au vieillissement. Ce consensus, basé sur l'évidence, permet de placer l'activité physique comme traitement de premier choix pour de nombreuses maladies chroniques et ceci grâce à une augmentation de l'utilisation du glucose et de la sensibilité à l'insuline, à une amélioration du profil lipidique, à une diminution de la tension artérielle et à une amélioration de la fonction endothéliale. En d'autres termes, l'activité physique peut être considérée comme un moyen de prévention et de traitement permettant de diminuer le risque de survenue de maladies ou de complications coûteuses.

Figure 1 : Courbe dose-réponse, représentant la relation entre le volume d'activité physique (dose) et les bénéfices pour la santé (réponse). (Pate, et al. 1995)



Toutefois, ce n'est que depuis une dizaine d'années que l'activité physique est réellement reconnue comme facteur de santé majeur. En 2002, la journée mondiale de la santé sur le thème « Pour votre santé, bougez ! »⁵ a permis de mettre l'activité physique au premier plan des préoccupations médicales. Depuis, il a été beaucoup plus facile de persuader les milieux médicaux et politiques de l'importance du mouvement et d'encourager chacun à prendre ses responsabilités. La sédentarité est à présent incluse comme facteur de risque pour la santé au même titre que le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et l'obésité. En 2000 60% des décès dans le monde étaient dus à des maladies non transmissibles (pas infectieuses) dont la sédentarité en est une cause importante. L'Organisation Mondiale de la Santé⁶ (OMS) a rapporté que la sédentarité est une des 10 causes de mortalité dans les pays développés, produisant 1,9 millions de morts par an dans le monde entier. Dans une perspective de santé publique, inciter les personnes à devenir plus actives permet de diminuer considérablement le risque de maladies (Lee and Skerrett 2001).

A cet effet, en Suisse, comme d'ailleurs dans d'autres pays, l'office fédérale du sport (OFSP), l'office fédérale de santé publique (OFSP) et le Réseau santé Suisse, ont édité

⁵ http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_PAH_03.1_fre.pdf

⁶ World Health Organization. **World health report**. Geneva; World Health Organization, 2002.

des recommandations, destinées à la population, pour la pratique d'une activité physique minimale ayant un effet sur la santé⁷. Selon une enquête menée auprès de 1535 personnes représentatives du peuple suisse, seulement 16,9% connaissait ces recommandations et plus de 58% n'atteignait pas le niveau minimal. Ce qui signifie que presque 60% de la population Suisse est considéré inactive (Martin 2002). Ce résultat montre à quel point les campagnes d'information ne sont pas suffisamment efficaces pour réussir à sensibiliser la population sur l'importance d'avoir une vie active. Plusieurs interventions en santé publique ont permis d'influencer considérablement la manière dont les problèmes de santé sont perçus et traités par les acteurs⁸ de la santé, comme par exemple, l'initiative de la NHS en Angleterre. Le département de la santé anglais, en 2001, a publié des lignes de conduites et des recommandations de qualité, destinées aux services de santé régionaux, afin d'améliorer les actions en faveur d'une vie active au sein de la population et en faveur d'une intégration, dans le système de santé, de l'activité physique comme choix thérapeutique. Plus précisément, ce document décrit le parcours thérapeutique du patient, du diagnostic émis par le médecin à la proposition d'exercice adapté, dispensé par un professionnel de la branche – le spécialiste en sciences de l'activité physique⁹. Le rôle du médecin consiste à évaluer les besoins en exercice de la personne et à la référer à un service d'activité physique pour la prise en charge (NHS 2001). Ce type d'action permet d'utiliser au mieux le potentiel thérapeutique de l'activité physique, avec un impact non négligeable sur les coûts de la santé et sur la qualité de vie de la population.

Les faits exposés ci-dessus, permettent de donner à l'activité physique une valeur qui va

⁷ Ces recommandations sont disponibles en français, en allemand, en italien et en anglais à l'adresse : http://www.hepa.ch/francais/index.php?p_id=501

⁸ Le terme « acteur de santé » désigne les personnes dont les activités, professionnelles ou non, ont un retentissement sur la santé des autres. Ainsi, un agent de l'État ou un journaliste peut être un acteur de santé. Un travailleur social est certainement un acteur de santé. En s'en tenant à ce qui concerne les institutions, le terme est plus restrictif et on peut identifier les acteurs suivants : *Les pouvoirs publics* fixent la politique de santé et les priorités de santé publique, là où il faut agir pour améliorer l'état de santé de la population (lutte contre le cancer, le tabagisme, l'alcoolisme, les dépistages organisés), les règles économiques et financières, les règles de l'organisation générale des soins et de leur remboursement. *Les professionnels de santé* soignent les malades, (médecins libéraux et hospitaliers, infirmières, laboratoires d'analyse, ambulanciers, etc.) et contribuent aux actions de santé publique. *Les caisses d'assurance maladie obligatoire* remboursent la majeure partie des soins et contribuent à l'organisation du système de soins. *Les assurances maladie complémentaires*, comme leur nom l'indique, « complètent » le remboursement des soins. Il peut s'agir de mutuelles, d'institutions de prévoyance, ou d'assurances privées. *Les acteurs économiques* (entreprises et salariés) qui financent l'assurance maladie et administrent les caisses. Les assurés participent également au financement du système par leurs cotisations sociales, la CSG (Contribution sociale généralisée) et, le cas échéant, par le paiement direct de taxes sur le tabac et l'alcool, liées à ces deux risques pour la santé. Auxquels il faut ajouter : *Les malades et usagers* sont à la fois les bénéficiaires du système de santé, et notamment à travers leurs représentants associatifs, des acteurs de la santé. *Les collectivités territoriales*, les établissements et institutions sanitaires, sociaux et médico-sociaux contribuent aux actions de santé publique. *Les associations qui développent des activités*, notamment de prévention, et soutiennent les malades, gèrent des structures sociales et médico-sociales. (Sources : Informations élaborées par la Direction générale de santé d'après le rapport de la mission « démographie des professions de santé », présenté par le Pr Yvon Berland (2002) consulté sur le site internet suivant : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/rub06_04.htm)

⁹ Le spécialiste en sciences de l'activité physique a pour fonction d'évaluer la capacité physique, d'analyser le mouvement des divers points de vue des sciences de l'activité physique, et de prescrire des programmes d'activités physiques adaptés à des fins thérapeutiques, de prévention ou de réadaptation, ou de recherche de performance de haut niveau. Ces spécialistes, interviennent auprès de personnes de différents niveaux d'âge et de condition physique, incluant les personnes âgées, auprès de personnes porteuses de certains problèmes de santé ou à risque, ou auprès d'athlètes qui recherchent un haut niveau de performance. Ils travaillent dans les centres médico-sportifs, les centres de conditionnement physique, les centres communautaires et de loisirs, les clubs et les fédérations sportives, les municipalités, et les entreprises privées ou publiques.

au-delà des valeurs défendues dans les campagnes, en faveur d'une vie active ou des programmes scolaires d'éducation physique, puisque sa prescription acquiert le statut de pratique médicale. A cet effet, plusieurs études et organismes ont formulés des recommandations pour la pratique clinique décrivant l'utilisation de l'activité physique dans la prévention, le traitement et la réhabilitation des maladies (ACSM 2003, ACSM 1998, Finnish Medical Society Duodecim 2004, Pate, et al. 1995, Thompson, et al. 2003). Sur la base de ces constatations, la médecine se trouve face à des nouvelles responsabilités dans les choix thérapeutiques : l'activité physique devrait être proposée au même titre que le médicament, la physiothérapie ou l'intervention chirurgicale !

2.5 LE RÔLE DES MÉDECINS

Les expériences menées dans la lutte contre le tabagisme, montrent de manière claire l'influence du médecin dans le changement des comportements et des modes de vie. Il suffit d'une consultation structurée et systématique pour avoir un effet positif sur la diminution et la cessation de la consommation de cigarettes (Cornuz, et al. 2002). Il est donc légitime de penser qu'une consultation systématique au cabinet médical en faveur de l'exercice physique pourrait avoir un impact plus important sur la motivation des gens à adopter une vie plus active en faveur de la santé. C'est pour cette raison que le rôle du médecin dans le conseil en matière d'activité physique a été exposé dans plusieurs rapports et recommandations (Royal Australian College of General Practitioners 1998, US Preventive Services Task Force 1996). Plusieurs revues de la littérature, portant sur l'efficacité et la faisabilité d'une consultation en matière d'activité physique dispensée par les médecins généralistes, ont mis en évidence les effets positifs de cette action sur les patients à risque (Eakin, et al. 2000, Hillsdon, et al. 2004). La prescription de l'activité physique au cabinet médical pourrait donc contribuer de manière efficace à la lutte contre la sédentarité, la survenue des maladies chroniques et à la promotion d'une vie active.

Les résultats de la littérature montrent à quel point le médecin peut influencer son patient à adopter un comportement adéquat face à un facteur à risque ou un problème de santé. Toutefois et malgré ces constatations, le conseil en activité physique n'est pas une pratique de routine au cabinet médical. Une étude menée aux États-Unis montre que seulement 22% des patients reçoivent des conseils en matière d'activité physique de la part de leurs médecins (Glasgow, et al. 2001). Ce taux, relativement bas compte tenu du fait que l'activité physique prend de plus en plus d'importance en santé publique, peut être expliqué par trois barrières, à savoir le temps à disposition pour conseiller et encourager le patient à pratiquer une activité physique, une absence d'algorithme décisionnel, d'outils et de connaissances pour fournir ce type de conseil et une absence de remboursement de la part des caisses maladie (Petrella and Wight 2000). Ces limitations à une prescription de l'activité physique au cabinet médical sont renforcées par l'absence d'un environnement favorable à la pratique d'une activité physique, que ce soit au niveau environnemental, politique ou socioéconomique (Lawlor and Hanratty 2001).

La prescription d'une activité physique au cabinet médical peut devenir une réalité pour autant que des mesures d'accompagnement et une volonté coopérative entre les différents acteurs de la santé – les médecins, les assureurs, les politiciens et les professionnels de l'activité physique dans le suivi des patients – soient mise en place (Cifuentes, et al. 2005, Jimmy and Martin 2005).

3. PRÉDISPOSITION DES MÉDECINS TESSINOIS À CONSEILLER ET PRESCRIRE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

3.1 INTRODUCTION

Le niveau d'activité physique des populations des pays développés, n'a pas cessé de diminuer ces dernières décennies au point que l'inactivité physique est devenue un facteur de risque pour la santé au même titre que le tabagisme, et fait partie des principales préoccupations de santé publique. Plusieurs actions de promotion de la santé sont proposées à la population pour l'encourager à pratiquer une activité physique. En effet il est admis, en accord avec les dernières recherches, qu'il suffit d'une activité modérée régulière pour avoir un effet protecteur et thérapeutique sur la plupart des maladies dites de civilisation (Karmisholt, et al. 2005, Kesaniemi, et al. 2001, Laaksonen, et al. 2005, Pratt 1999, Thompson, et al. 2003, Vuori 2001). Les résultats de la littérature, permettent donc de démontrer l'efficacité de l'activité physique dans plusieurs domaines, soit la promotion de la santé, la prévention des maladies chroniques, le traitement des maladies dites de civilisation, la prévention tertiaire et enfin l'économie de la santé. Le médecin assume, dans ce contexte, un rôle clef puisqu'il définit par sa prescription médicale le parcours thérapeutique de son patient.

En Suisse plus du 80% de la population consulte au moins une fois par année son médecin¹⁰. Le cabinet médical est donc un lieu privilégié pour promouvoir et prescrire de l'activité physique. Cette thématique a fait l'objet de plusieurs revues de la littérature (Eakin, et al. 2000, Eden, et al. 2002). Les résultats montrent qu'un conseil bref en activité physique peut être introduit dans la pratique médicale, et ce type de prestation a un effet modéré sur l'augmentation du niveau d'activité physique à court terme. La question demeure ouverte quant à l'efficacité et l'implantation d'une telle action à long terme (Eakin, et al. 2005).

Une étude effectuée dans la partie alémanique de la Suisse, menée par l'office fédérale du sport (OFSP) et l'Université de Zurich, s'est intéressée à l'implantation et à la faisabilité d'un conseil en matière d'activité physique dispensé au cabinet médical. Dans cette étude randomisée, 161 patients considérés comme inactifs ont été répartis de manière aléatoire dans deux groupes. Un groupe « consultation minimale » qui recevait des conseils, durant 10 minutes, de la part de leur médecin sur le niveau d'activité physique et un groupe « consultation complète » qui recevait, par des conseillers en activité physique, en plus de la consultation ordinaire, une consultation personnalisée de 45 minutes. Le changement du niveau d'activité physique, mesuré après 14 mois, montre que plus de 47% des participants des deux groupes sont devenus actifs, sans aucune différence significative entre les groupes « consultation minimale » et « consultation complète ». L'absence de différence entre les deux groupes est probablement due à la sélection des médecins. Il semblerait que seuls les médecins avec un intérêt pour l'activité physique participaient à cette étude. Il se peut donc, selon l'avis des auteurs, que dans le groupe « conseil minimal » les patients ont aussi reçu des informations plus complètes. La conclusion de cette étude démontre que la population

¹⁰ Bundesamt für Statistik. Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 - erste Ergebnisse [Swiss Health Survey 1997 – initial results] Neuchâtel: Sektion Gesundheit; 1998. p. 1-12

inactive peut être sensibilisée de manière positive et efficace et donc que l'activité physique quotidienne peut être augmentée, et ceci de manière constante, par une consultation ordinaire chez le médecin généraliste (Jimmy and Martin 2005). Bien que la différence entre « consultation minimale » et « consultation complète » n'a pas été démontrée, contrairement à d'autres études (Pinto, et al. 2005), il a été mis en évidence l'influence du médecin sur le comportement des patients à risque. Ces résultats ont été confirmés par d'autres études comparables (Elley, et al. 2003, Pinto, et al. 2005). Cette thématique a été étudiée seulement récemment et n'a pas encore fait l'objet de nombreuses études cliniques randomisées permettant de confirmer l'efficacité d'un conseil en activité physique au cabinet médical à long terme. La base des données scientifiques actuellement disponible permet de penser que cette intervention peut se révéler efficace pour la promotion et la prévention de la santé.

La plupart des études dans ce domaine se sont intéressées aux effets d'un conseil en matière d'activité physique donné par le médecin sur le comportement des patients à risque. Très peu d'études ont investigué la possibilité de prescrire de l'exercice physique comme moyen thérapeutique avec une prise en charge effectuée par des spécialistes du domaine. Par contre, la littérature mentionne beaucoup d'études qui dans leur conclusion recommandent de prendre en considération cette éventualité, surtout pour prévenir et traiter les maladies cardiovasculaires et chroniques (Chakravarthy, et al. 2002, Hambrecht 2004, Painter 2003, Rush 2003). La plupart de celles-ci recommandent, dans leur conclusion, d'inciter les acteurs de la santé à prendre en considération la prescription de l'activité physique pour le traitement des maladies. Ces recommandations peuvent être résumées dans les deux citations suivantes: *“It is critical that assessment of physical functioning and recommendations for physical activity be included as a part of routine medical care. In doing so, we change the expectations of patients and family members, and work toward optimizing physical functioning and quality of life.”* (Painter 2003), *“...primary care physicians must recommend regular exercise and write out that activity program on a prescription pad. Exercise prescription is becoming the smoking cessation equivalent of the early 21st century.”* (Rush 2003)

Sur la base de ces éléments, la recherche dans ce domaine devient un élément important afin d'exploiter davantage la possibilité d'une prescription de l'activité physique au cabinet médical. A notre connaissance, aucune étude n'a évalué la faisabilité d'une telle action dans le canton du Tessin.

Le but de cette étude qualitative est donc d'obtenir le point de vue des médecins tessinois sur deux aspects. Le premier consiste à introduire un conseil systématique en matière d'activité physique et le deuxième est la prescription d'une activité physique comme choix thérapeutique. Cette démarche devrait permettre de formuler des propositions en santé publique, afin de mieux utiliser le potentiel de l'activité physique dans la prévention, la promotion de la santé, ainsi que dans le traitement et la réhabilitation des maladies.

3.2 MÉTHODE

3.2.1 Sujets

Pour obtenir le point de vue des médecins, des entretiens semi-structurés ont été utilisés avec un échantillon intentionnel de 12 médecins, sélectionnés à partir d'une liste de médecins fournis par le bureau du médecin cantonal tessinois. Le profil des médecins interviewés, est décrit dans le tableau 2.

Tableau 2 : Profil des médecins interviewés. La description des items utilisés pour tracer le profil des médecins, est présentée dans l'annexe 2.

N°	Age	Sexe M/F	Titre FMH	Organisation	Niveau d'activité		
					Sédentaire	Actif	Entraîné
12	47 ± 7	11/1	5 Médecine générale	9 cabinet	4	5	3
			7 Médecine interne	3 mixte			

Les questions ont été élaborées à partir de la littérature récemment revue (Eakin, et al. 2005) pour en créer un questionnaire (Annexe 1). Ce questionnaire n'a pas été présenté aux médecins, il a seulement été utilisé afin de faciliter la prise de notes et respecter un ordre préétabli. Les participants étaient libres d'interpréter les questions selon leur point de vue. Le rôle de l'intervieweur a été limité à obtenir des précisions en reformulant les réponses données. Les interviews étaient enregistrés et des notes ont été prises simultanément. Tous les interviews ont été effectués par l'auteur (Alberto Marcacci) – spécialisé en physiologie de l'exercice, en réadaptation cardiovasculaire et activement impliqué dans la prévention et le traitement des maladies par l'activité physique en milieu clinique. Les questions proposées aux médecins avaient pour objectif de couvrir les thématiques suivantes :

- Pratique du médecin en matière de conseils en activité physique
- Barrière à une consultation systématique
- L'activité physique comme choix thérapeutique

Les questions relatives à l'activité physique comme choix thérapeutique ont été accompagnées par des documents, mis à disposition du médecin, indiquant les recommandations pour la pratique clinique (RPC) issus de l'Evidence Based Medicine, ainsi que d'une description orale de la spécialisation universitaire en science de l'activité physique¹¹. Pendant l'interview, il a aussi été demandé aux médecins de formuler des propositions de changement ou d'action dans notre système de santé actuelle. Les réponses ont été regroupées sous la catégorie *Proposition*.

¹¹ La science de l'activité physique est un domaine académique qui met l'accent sur l'étude du mouvement et du développement de la motricité. Il étudie les bienfaits de l'activité physique, autant pour la santé que pour le développement des habiletés motrices. Il examine les préoccupations actuelles dans le domaine de l'activité physique, ainsi que les déterminants psychosociaux qui influent sur l'adoption d'un mode de vie actif.

3.2.2 Analyse des données

Sur la base du questionnaire et des notes prises durant les interviews, une table a été établie résumant les différents items identifiés d'après les réponses données par les médecins. Cette table a été utilisée pour la transcription des interviews et pour obtenir une grille de lecture. Les citations, les plus représentatives, ont été prélevées et introduites dans cette table. Les différentes catégories, ainsi que les items utilisés dans cette étude sont décrites dans l'annexe 2.

Tableau 3 : Matrice conceptuelle utilisée pour la comparaison et l'analyse des résultats. Pour la description des items se référer à l'annexe 2.

	Profil (Spéc ; Prat ; Exp)	Pratique (Val ; Cons ; Imp ; Conn ; Dispo)	Barrières (Tem ; Form ; San ; Ser)	Prescription (ConnG ; ValTh ; Choix ; Coll)
M1				
M2				
M...				

Les transcriptions ont ensuite été introduites dans une matrice à groupements conceptuels (Tableau 3). Les colonnes regroupent les items de manière conceptuelle sous une même catégorie, et les lignes contiennent les participants. Cette démarche a permis d'avoir sur une seule feuille toutes les réponses et de faciliter la comparaison entre médecins.

3.3 RÉSULTAT

Le point de vue des médecins et leur attitude, vis-à-vis d'une prescription de l'activité physique au cabinet médical, sont décrites en fonction des catégories définies précédemment. En italique sont rapportées les citations les plus représentatives.

3.3.1 Pratique

La totalité de la cohorte considère l'activité physique comme un facteur très important dans la prévention et la promotion de la santé et les médecins ont utilisés ces termes pour décrire cette relation : *très importante, fondamentale, essentielle*. Lors d'une consultation ordinaire la plupart des médecins donnent des conseils seulement en présence de facteurs à risque ou s'ils sont sollicités par leurs patients. Ces conseils restent, selon leur propre avis, superficiel et basique – « ...une bonne alimentation et du mouvement est à la base d'une bonne santé, 1h de marche par jour suffit ». Seulement une minorité donne des conseils de manière régulière, indépendamment des facteurs à risque, et essaye de motiver les patients sédentaires ou ayant des maladies chroniques (par exemple le diabète) à faire de l'activité physique – « ...ce type de conseil fait partie de ma consultation ordinaire du moment qu'il existe une pertinence ». Il ressort des interviews que les médecins qui ont une expérience personnelle avec l'activité physique, sont aussi ceux qui sont les plus disposés à obtenir des informations complémentaires dans

ce domaine. Par contre, pour la majorité des médecins, leur connaissance actuelle suffit à donner des conseils en matière d'activité physique.

L'impact des conseils sur le comportement des patients est jugé plutôt de manière négative par les médecins – « *Parfois il est possible de motiver les patients, mais dans l'ensemble ça reste une tâche difficile.* » Ils remarquent que lors de présence d'une maladie ou après un accident cardiovasculaire, le patient adhère plus facilement à ce type de conseils – « *...il est plus facile de motiver une personne qui a déjà un problème de santé!* ». Dans ce cas la relation de confiance entre médecin et patient contribue de manière significative aux changements de comportements de la personne – « *l'autorité du médecin influe sur le comportement du patient.* » Il reste assez difficile pour le médecin d'évaluer l'impact des conseils d'une manière plus étendue, car seuls les valeurs cliniques sont mesurables (taux de glycémie, tension artérielle, ...), et ils n'ont pas la possibilité de mesurer la mise en œuvre des recommandations dispensées à leurs patients. De manière générale, les médecins divisent leurs patients en trois groupes en fonction de l'observance des leurs conseils : ceux qui ne font rien, ceux qui font peu et ceux qui adhèrent pleinement.

Pour certains, des techniques de motivation plus structurées permettraient d'améliorer l'impact des conseils sur leurs patients.

La disponibilité à donner un conseil plus systématique et plus structuré, a été évaluée de manière très positive – « *Sûrement, tenir un discours avec des patients par exemple diabétiques, sur les effets de l'activité physique, a plus de sens que faire des discours sur la physiopathologie et l'utilisation de médicaments.* » Presque tous les médecins ont répondu de manière favorable à introduire ce type de prestations dans leur pratique médicale – « *pour moi cet aspect devrait être introduit dans la pratique normale.* » Par contre pour certains, cette pratique est difficilement réalisable car le temps est un facteur limitant, voir inutile, et la résistance au changement du patient est trop grande – « *...souvent ce type de conseil ne sert à rien!* » Un des médecins considère même qu'il s'agit d'une violation de la liberté de l'individu – « *Le patient se trouve violé dans sa liberté, car il n'est pas demandeur de ce type de prestations, et il n'est pas prêt d'en supporter les coûts.* » L'introduction de cette prestation dans la pratique médicale doit selon le point de vue des médecins, être accompagnée d'une information structurée et précise, définissant la pertinence d'utiliser l'activité physique pour des pathologies ou des problèmes de santé.

3.3.2 Barrières

Le temps est un facteur qui a divisé la cohorte en deux. Une partie estime que le facteur temps est une barrière importante – « *Il est difficile de trouver du temps pour une consultation systématique donnée à tous les patients. Il est sans doute plus rapide de prescrire un médicament que d'expliquer comment l'activité physique peut avoir un impact favorable sur la maladie.* » Une solution à ce problème, avancé par les médecins, serait de déléguer ce type de prestations à des experts – « *Le médecin est au front, le premier input vient de lui, ensuite on peut déléguer à des personnes plus spécialisées et qui ont plus de temps.* » L'autre partie de la cohorte ne voit pas dans le temps une barrière au conseil systématique. Un des médecins évoque le fait qu'actuellement la densité médicale étant très élevée, les médecins disposent de plus de temps pour introduire dans la consultation un espace dédié au conseil. De plus, pour deux des médecins, avec l'introduction de la nouvelle tarification Tarmed¹², le facteur temps n'est plus, à l'heure

¹² TARMED est le nouveau tarif des prestations, valable pour toutes les prestations médicales ambulantes à l'hôpital et dans le cabinet médical. Ce projet ambitieux a commencé avec la révision totale des tarifs médicaux (GRAT). Avec l'admission de la loi sur l'assurance-maladie par le peuple Suisse en 1994, il a pris

actuelle, une barrière à ce type de prestations.

Pour seulement quatre médecins, la formation universitaire médicale peut être une barrière au conseil systématique. En effet, ils estiment que, pendant la formation de médecins, les aspects liés à l'activité physique sont très peu abordés – « *...on a juste des notions de bases. Il faudrait pouvoir en parler avec des experts !* » Le conseil spécifique doit donc être délégué à des spécialistes, comme par exemple des médecins du sport, bien que, selon l'avis des participants, cette figure n'est pas adaptée pour motiver les patients à faire de l'exercice physique.

La culture de notre société a été évoquée par la totalité des médecins comme une limitation à l'efficacité d'un conseil en matière d'exercice physique. Les aspects mis en avant sont les habitudes de vie – « *...souvent le patient est passif face à la maladie, il préfère prendre un médicament plutôt que devenir actif* ». Le patient recherche une solution, selon les médecins, plus rapide et qui donne des résultats à court terme, ceci rend le conseil en activité physique inutile, car les résultats sont rarement visibles immédiatement. Un médecin évoque aussi le fait que la culture médicale actuelle favorise la prise de médicaments et donne peut d'importance aux aspects préventifs. La motivation et la volonté sont aussi des facteurs mis en avant dans les barrières culturelles – « *Il y a malheureusement beaucoup de patients qui préfèrent prendre les médicaments, comme par exemple pour la perte de poids. Convaincre quelqu'un de maigrir en faisant du mouvement quand il est en bonne santé, c'est très difficile.* » Le système sociétal a aussi été mis en cause. Le manque de temps, le rythme de travail imposé par notre société, souvent pris comme une excuse, empêchent les gens de pratiquer une activité physique – « *...c'est inutile que j'insiste à donner des conseils à des personnes de 40 ans avec des risques de santé, si sur la place de travail ils sont tellement chargés au point qu'il n'ont plus le temps pour eux-mêmes...* ». Il ressort des réponses données par les médecins que le médicament est parfois la solution adoptée pour faire face à cette résistance culturelle.

Le système sanitaire ne représente pas en soit une barrière au conseil systématique en activité physique, c'est surtout la volonté du patient qui est un facteur déterminant de la réussite de ce type d'action. Toutefois, la moitié des médecins interviewés estime que si le médecin prescrit une activité physique, l'impact sur le changement du style de vie est plus grand sur le patient. Le problème principale soulevé par l'ensemble des médecins dans les considérations relatives au système sanitaire est le fait que les autorités ne sont pas convaincues du gain de ce type d'investissement – « *Manque la conscience de la part des autorités politiques et probablement il y a des lobbies très puissant, comme les maisons pharmaceutiques, qui ont une influence beaucoup plus grande que les personnes qui font de la promotion pour l'activité physique.* » Un médecin avance aussi le sentiment que : « *...plus la médecine coûte, plus les caisses maladie gagnent. Au fond, ils ont tout intérêt à que les gens soient malades.* » Ce sentiment est renforcé par la déclaration d'un autre médecin qui dit : « *... Les intérêts sont dirigés plus sur le profit, en effet l'industrie est plus intéressée à mettre sur le marché un médicament qui abaisse le cholestérol et le risque d'infarctus que de dire qu'une marche quotidienne d'une demi-heure revient au même.* »

Pour la majorité des médecins le manque de structure ainsi que d'un service de prise en charge adéquat, est une limitation à la pratique – « *si je devais proposer un conseil plus systématique, je ne serais pas ou les adresser.* » Le manque de sécurité, faisant référence aux

une toute autre dimension. L'art. 43, alinéa 5 de la LAMal prévoit que les tarifs des prestations médicales dans le domaine de l'assurance maladie se basent sur une structure de tarifs conclue pour toute la Suisse. La révision totale des tarifs des prestations hospitalières a commencé en 1997. De la fusion de ces deux projets est né TARMED en 1999. En 2002 le conseil fédéral a approuvé la structure des tarifs TARMED 1.1r. Les assureurs accidents, militaire et invalidité ont introduit le tarif dès le 1er mai 2003. Depuis le 1er janvier 2004 le TARMED est appliqué globalement.

fitness, et l'absence d'une figure compétente dans le domaine, a aussi été mis en avant comme barrière au conseil systématique – « *S'il y avait un spécialiste de l'activité physique qui est reconnu, ceci inciterait plus les acteurs de la santé à utiliser le potentiel de l'activité physique.* »

3.3.3 Prescription

Parmi tous les médecins interviewés, seul un avait connaissance des recommandations pour la pratique clinique (RPC) relatives à l'utilisation de l'activité physique dans le traitement de certaines maladies. Pour le reste de la cohorte, ces RPC sont une découverte – « *...je ne savais pas qu'il y avait aussi des directives dans ce domaine.* » – même si deux médecins déclarent avoir recours à d'autres sources de documentations. L'ensemble des médecins aimerait obtenir plus d'informations sur le sujet – « *...ces informations pourrait être utiles pour ma pratique.* » – sauf un qui déclare être déjà assez informé dans le domaine et n'est donc pas intéressé à l'être plus.

Plus de la moitié des médecins sont convaincus de la valeur thérapeutique de l'activité physique – « *...ceci est soutenu aussi par des études cliniques, mais au fond c'est aussi ce que l'on constate dans la vie quotidienne [...] Il ne faut pas beaucoup pour comprendre que l'activité physique est efficace pour n'importe quelle maladie.* ». Certains médecins ont déclaré être très convaincus au point de considérer comme une erreur médicale la non-prescription d'une activité physique à une personne diabétique. Cet aspect est accentué par la déclaration d'un médecin : « *Si j'avais le diabète, je ferais tout pour éviter de prendre des médicaments, et j'essaierais de faire face à ce problème avec l'exercice physique.* » Pour les autres, l'activité physique n'a pas une valeur thérapeutique et sont peu convaincus de son efficacité sur certaines maladies, mais pensent qu'il se révèle efficace dans la prévention et la réadaptation.

La prédisposition des médecins à prescrire de l'activité physique comme choix thérapeutique est évaluée de manière positive. En effet, la plupart ont répondu de manière favorable et sont prêts à proposer à leurs patients ce choix thérapeutique, mais avec des réserves : pertinence de l'activité physique sur la maladie, existence d'une structure de prise en charge sécuritaire et présence d'une figure spécialisée dans ce type de prise en charge à qui pouvoir déléguer la mise en œuvre de la prescription.

Il faut toutefois noter que certains médecins évoquent le problème lié à la pratique médicale – « *...le premier réflexe face à la maladie c'est le médicament...* » – et à la culture de notre société – « *...il reste toujours plus facile de prendre un médicament que de faire du mouvement.* » Ce type de prestations reste donc, selon l'avis des médecins, très difficile à introduire.

3.3.4 Proposition

Parmi les propositions avancées par les médecins, quatre groupes ont été identifiés. Le premier groupe, concerne l'éducation à la santé – « *...il faut commencer tôt ! L'éducation à la santé est un élément important de la prévention. Il faut intervenir auprès des écoles avec des informations pertinentes et auprès des parents.* » Le deuxième groupe concerne la nécessité de disposer de structures spécialisées dans le domaine de l'activité physique pour favoriser la prescription et le suivi des patients – « *Avoir un suivi de la prescription et une personne à qui déléguer, deviendrait pour le médecin plus facile et sécuritaire de proposer ce type de prestations.* » Le troisième groupe concerne l'importance de donner plus d'informations et d'impliquer davantage le médecin dans ce type de réflexion et enfin le quatrième groupe concerne des modifications des méthodes de calcul des primes d'assurance. Celles-ci devraient être en fonction des facteurs

à risque, comme le système de bonus et malus de l'assurance voiture – « ...*la personne obèse doit payer plus que la personne avec un poids normal!* »

3.4 DISCUSSION

L'importance de l'activité physique sur la santé est bien acceptée par tous les médecins et elle est reconnue comme un facteur déterminant, voir fondamental dans la prévention et la promotion de la santé. Malgré cette constatation, le conseil en activité physique n'est pas de routine dans la pratique médicale. Le médecin donne des conseils spécifiques seulement en présence de facteurs à risque ou quand son patient le sollicite. Dans ce cas le conseil prodigué reste assez basique et l'impact sur les patients est jugé assez négativement. En effet, environ 10% des patients semble adhérer à ce type de conseil, le reste préfère des solutions plus rapides et ponctuelles. Cette absence de résultat diminue la motivation du médecin vis-à-vis de ce type de prestation et l'incite à choisir d'autres formes thérapeutiques, comme la prescription pharmacologique. Le conseil en activité physique dans le cabinet médical est reconnu comme efficace pour l'adoption d'un style de vie favorable à la santé (Eakin, et al. 2000) et ceci à long terme (Elley, et al. 2003, Jimmy and Martin 2005). Toutefois, ce résultat est tributaire de trois facteurs : le temps nécessaire pour ce type de prestation et la résistance culturelle au changement, qui souvent sont cités dans la littérature comme principales barrières, la compétence et la prédisposition du médecin à donner ce type de conseil et la mise en œuvre du conseil sous forme d'information et de suivi externe.

Dans cette étude, les résultats obtenus sont en accord avec ces éléments, même si le facteur temps n'apparaît pas comme la principale barrière à une consultation plus systématique en matière d'activité physique. Ce résultat peut être en partie expliqué par une modification du système de tarification des prestations médicales (TARMED). Avec cette nouvelle tarification la durée de la consultation est comptabilisée, par conséquent, cette prestation peut être facturée si le médecin passe du temps pour donner des conseils sur le style de vie à son patient. Le facteur temps ne semble plus représenter une limite importante à ce type de prestation. Un autre élément pourrait expliquer la divergence d'opinion quant au facteur temps constaté dans cette étude. Le rôle principal du médecin est celui de diagnostiquer un problème de santé et de proposer une solution thérapeutique pertinente. Le rôle de conseiller est parfois perçu comme réducteur par rapport à la haute spécialisation exigée par la formation médicale. Le médecin place donc ses priorités avant tout en fonction de ses connaissances, qui sont plus en faveur du traitement du problème de santé que basé sur les moyens pour prévenir tout problème de santé. Cette constatation peut être corrélée avec la progression de la densité médicale des spécialistes dans le Canton du Tessin, comparée à celle des médecins généralistes (Tableau 4) qui était, entre 1990 et 2004, de +0.62‰ pour les médecins spécialisés et de +0.03‰ pour les médecins généralistes. Cette évolution laisse penser que les personnes consultent d'avantages les médecins spécialisés plutôt que des généralistes et par ce fait les conseils que le patient reçoit ont un caractère très spécifique et donc moins basés sur des conseils préventifs ou de style de vie. Dans ce cas, comme il a été évoqué par plusieurs médecins, il faudrait pouvoir déléguer ce type de conseil à une personne spécialisée, qui puisse aussi assurer le suivi et la mise en œuvre des conseils en matière d'activité physique et style de vie. Le médecin deviendrait donc le spécialiste qui, en première ligne, décide qui nécessite d'un conseil plus systématique et qui doit être dirigé vers des traitements pharmacologiques ou chirurgicaux.

Tableau 4 : Nombre de médecins spécialistes (*spec*) et généralistes (*gen*) en cabinet privé pour 1000 habitants, au Tessin et en Suisse (1990-2004) (Observatoire suisse de la santé, 2005)

		1990	2004	prog
TI	<i>spec</i>	0.83	1.45	+0.62
	<i>gen</i>	0.54	0.57	+0.03
	<i>spec/gen</i>	1.37	2.02	+0.65
CH	<i>spec</i>	0.96	1.42	+0.46
	<i>gen</i>	0.57	0.63	+0.06
	<i>spec/gen</i>	1.53	2.05	+0.52

Les sciences de l'activité physique sont un domaine académique peu abordé dans les cours de médecine. Il en résulte une connaissance assez médiocre du potentiel que l'activité physique peut avoir sur la santé ce qui a été confirmé par le fait que quasiment la totalité des médecins interviewés ont exprimé leur désir d'obtenir plus d'informations sur le sujet. C'est seulement cette dernière décennie que la littérature fait état de résultats solides quant au lien entre l'activité physique et la santé. Le premier rapport dans ce sens date de 1996 (U.S. Department of Health and Human Services 1996) et seulement récemment des recommandations pour la pratique clinique de l'activité physique en tant que traitement ont été publiées. Ces faits influencent sans doute la pratique médicale d'aujourd'hui et expliquent en partie l'absence d'un conseil plus structuré dans la consultation ordinaire et le manque d'intérêt pour ce type de prestation. La constatation que les questions relatives à l'activité physique sont rares dans l'anamnèse du patient confirme cette hypothèse.

La prédisposition du médecin à conseiller les patients est souvent corrélée avec l'expérience personnelle du médecin en matière d'activité physique. En effet, les médecins actifs et ceux qui affichent un intérêt particulier pour ce domaine semblent être ceux qui motivent d'avantage leurs patients et donnent plus d'espace à cet aspect dans la consultation. On peut penser que le médecin partage volontiers sa passion avec le patient et ce qui a sûrement un impact positif sur l'observance des conseils dispensés. Cette hypothèse est soutenue par plusieurs études qui mettent en avant l'importance de l'habileté du médecin à motiver et influencer le patient. Ces études se sont intéressées particulièrement aux effets de différents outils pour mieux structurer ce type de conseil. La plupart de ces outils sont basés sur le modèle transthéorique de Prochaska, utilisé avec succès dans la lutte contre le tabagisme (Prochaska and DiClemente 1984). Le projet pilote « RatZurTat »¹³, mené dans le canton de Zurich, est un bon exemple d'intégration de ces outils dans la pratique médicale (Jimmy and Martin 2005). Cette prédisposition est aussi influencée par la culture et les habitudes de vie de notre société qui favorisent le sédentarisme et les comportements pathogènes. L'activité physique n'est pas perçue comme un facteur prioritaire de santé dans notre société. Faire comprendre aux gens que le mouvement est un facteur important pour prévenir et traiter des maladies et les motiver à en faire, reste une tâche très difficile (Lawlor and Hanratty 2001). Ces éléments sont les principales barrières évoquées par les médecins dans la présente étude, qui rendent le conseil en activité physique peu efficace. En effet, les médecins jugent de manière assez

¹³ Pour une description plus détaillée du projet « RatZurTat » des informations sont disponibles sur le site de l'Office fédérale du sport (<http://www.baspo.ch>) ou directement sur le site du projet (<http://www.ratzurtat.ch>)

négative l'impacte des conseils en style de vie et l'observance des patients. Ceci n'incite pas le médecin à poursuivre dans cette voie et il est induit à proposer des solutions plus adaptées aux caractéristiques des patients, qui souvent, recherchent une manière rapide et ponctuelle de faire face à leurs problèmes de santé et non des moyens qui l'obligent à révolutionner leurs habitudes de vie. La proposition thérapeutique qui en découle met le patient dans un rôle passif dans lequel il subit le traitement comme c'est le cas avec la pharmacologie, la chirurgie et la physiothérapie. Le patient étant moins responsabilisé, car il perçoit la médecine comme la solution de tous ses maux, il n'est pas incité à adopter des comportements favorables à la santé ce qui est un frein considérable à la mise en pratique d'un conseil plus systématique en matière d'activité physique, car c'est une solution où l'on demande au patient de s'engager personnellement dans la prise en charge de son problème de santé. Il se peut aussi que l'effet négatif du conseil perçu par les médecins soit dû aux caractéristiques culturelles propres au tessinois. D'après l'enquête Suisse sur la santé, le 55% des tessinois serait considérés comme sédentaires, contrairement au 27% identifié dans la région alémanique (Martin, et al. 1999). On peut donc supposer que le tessinois est par nature moins actif que d'autre culture linguistique et que donc il est difficile pour les médecins de le motiver à faire de l'activité physique.

Un aspect qui est peu documenté dans la littérature, mais qui semble être assez important dans ce discours, est la liberté de la personne de choisir son mode de vie. Plusieurs médecins ont évoqué leur réticence quant à un conseil plus systématique, car cela pourrait être vu par le patient comme une violation de sa liberté. Souvent ce type de conseil est vue comme une intromission dans la sphère privée et provoque un sentiment de culpabilité chez les personnes, surtout quand elles sont porteuses de facteurs à risque. De plus, comme le patient n'est pas demandeur de ce type de prestations, cela pourrait être interprété comme une agression et l'induire à changer de médecin. Avec une densité médicale au Tessin assez élevée (2.02 médecins pour 1000 habitants, avec une moyenne Suisse de 2.05 médecins pour 1000 habitant – réf. Tableau 4), le patient n'a pas des problèmes à trouver un médecin qui satisfait aux mieux à ses demandes.

Une étude menée par le chef de la santé du Canton du Tessin, le Prof Gianfranco Domenighetti, a mis en évidence les effets de l'induction de l'offre des prestations médicales par la demande en Suisse. Le 34,3% des consultations médicales (équivalentes pour l'année 2000 en Suisse à 19,4 millions de visites) ont donné lieu à au moins une requête supplémentaire de prestations de la part du patient. Dans le 75,7% des cas ces requêtes ont été totalement acceptées par le médecin traitant et dans le 18,7% elles l'ont été partiellement (Domenighetti 2002).

A cette analyse, une mise en évidence des lobbies des maisons pharmaceutiques peut être faite, car ils manifestent une influence certaine sur les acteurs de la santé. Au cours des années, les maisons pharmaceutiques sont devenues de plus en plus puissantes, à tel point que les relations financières qui les lient à l'industrie, aux chercheurs et aux institutions académiques sont devenues intenses jusqu'à influencer la recherche biomédicale. La proportion des études cliniques pharmacologiques aux États-Unis est passée de 32% en 1980 à 60% en 2000 (Bekelman, et al. 2003) avec des biais qui souvent favorisent la mise sur le marché de nouveaux médicaments pour traiter des facteurs à risque (Lexchin, et al. 2003). Dans la médecine préventive, les médicaments sont fortement utilisés chez les personnes porteuses de facteurs à risque, comme la pression artérielle ou le niveau de cholestérol LDL élevé. En Suisse, les trois médicaments les plus onéreux pour les caisses maladie sont le « Sortis », le « Selipran » et le « Norvasc ». Les deux premiers sont des médicaments contre l'hypercholestérolémie et le troisième contre l'hypertension. Comme démontré précédemment, l'activité physique agit simultanément et favorablement sur ces

deux facteurs de risque, mais aussi sur d'autres comme l'obésité.

Sur la base des faits exposés, cette dynamique peut faire penser qu'elle influence la manière dont le médecin conseil et propose les solutions thérapeutiques, et ceci, pourrait aussi expliquer pourquoi l'activité physique ne soit pas plus recommandée, alors que tous les médecins lui donnent une valeur très importante.

La majorité des médecins, indépendamment de leur spécialisation, est convaincue de la validité thérapeutique de l'activité physique, surtout sur les facteurs à risque comme l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'obésité et sur certaines maladies comme les maladies cardiovasculaires et le diabète. D'autres restent convaincus que pour traiter une maladie c'est d'abord l'apport de la pharmacologie voire de la chirurgie qui doit être proposé comme premier choix thérapeutique. Dans ce cas, l'activité physique peut être alors proposée en parallèle à ces traitements comme moyen de prévention tertiaire ou de réhabilitation. De manière générale, dans le corps médical il existe une sensibilité vis-à-vis de cet aspect. Toutefois le faible engagement des acteurs sanitaires dans ce domaine ne motive pas les médecins à poursuivre dans cette direction, ce qui peut expliquer en partie que le conseil en activité physique ne soit pas plus intégré dans la pratique médicale. Mise à part les études présentées dans le chapitre précédent, qui démontrent l'effet thérapeutique de l'activité physique et l'importance de prendre en considération cette option, il existe peu de référence quant à la mise en œuvre d'une telle prescription. En effet, cette solution thérapeutique a été étudié seulement ce début de siècle, mais est reconnue comme efficace et économique dans plusieurs traitements de maladies, comme par exemple pour le diabète (Kirk, et al. 2001), le traitement des ischémies cardiaques (Hambrecht, et al. 2004) ou dans le traitement des lombalgies chroniques (Mannion, et al. 2001).

Les médecins ne sont pas opposés à une prescription de l'activité physique, mais ils ont des doutes quant à la mise en œuvre d'une telle prescription. Le manque de structure et de personnel reconnu pour satisfaire à ce type de prestation reste un problème majeur qui empêche le médecin, à l'heure actuelle, de considérer d'avantage cette possibilité comme choix thérapeutique. Il faut toutefois noter, qu'actuellement plusieurs universités en Europe et en Suisse proposent des formations en sciences de l'activité physique, formant des spécialistes dans le domaine avec les compétences nécessaires pour la prise en charge d'une éventuelle prescription médicale. Pour rendre réalisable une telle prise en charge il faut que les instances politiques reconnaissent ce corps de métier.

Il faudrait introduire l'activité physique sur prescription médicale au même titre que la physiothérapie, la prise de médicaments ou la chirurgie, pour permettre de donner plus d'importance à cet aspect et procurer aux médecins une base sécuritaire. Comme déjà évoqué précédemment, une forte répercussion pourrait avoir lieu sur les coûts. Actuellement on dispose de suffisantes données scientifiques pour démontrer que l'activité physique pourrait être intégrée dans la pratique médicale actuelle.

Dans la présente étude, l'opinion positive affichée par les médecins sur cet aspect démontre que c'est une éventualité à ne pas négliger. De plus, le cadre légal de la LAMal est favorable à ce type de prestations car, dans l'art. 32, alinéa 1, elle prévoit que les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques et que l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. L'activité physique satisfait facilement ces critères d'inclusion.

3.5 CONCLUSION

Les principaux résultats de cette étude qualitative mettent en évidence différents aspects relatifs à une consultation systématique et à une prescription de l'activité physique au cabinet médical.

- l'activité physique est reconnue comme un facteur important, voir fondamental dans la prévention et la promotion de la santé ;
- le conseil en matière d'activité physique n'est pas une pratique de routine dans le cabinet médical. Cette prestation est fournie seulement en présence d'un facteur à risque ou sous la sollicitation du patient, mais le contenu du conseil reste basique ;
- les principales barrières sont situées au niveau de la culture médicale et sociétale. Le temps, contrairement aux résultats de la littérature, ne représente plus vraiment une barrière au conseil systématique, ce qui pourrait s'expliquer avec l'introduction de TARMED ;
- l'absence de ressources adéquates, le manque de motivation et de signe positif de la part des acteurs de la santé rend le conseil en activité physique peu efficace et donc peu utilisé dans la pratique médicale ;
- les médecins donnent une valeur thérapeutique à l'activité physique et se montrent prêts à donner plus d'importance à cet aspect dans leur pratique. Toutefois, le manque de structure et de prise en charge professionnelle et sécuritaire ne motive pas le médecin, à l'heure actuelle, à prendre en considération ce choix thérapeutique.

Ces résultats montrent qu'au niveau de la culture médicale, cette approche est viable et que les médecins seraient prêts à proposer à leurs patients ce type de prestation, tant au niveau d'un conseil systématique qu'au niveau d'une prescription médicale.

Les résultats de cette étude sont issus d'un échantillon intentionnel de 12 médecins, ce qui représente une cohorte assez modeste pour généraliser les résultats. Toutefois, vu que la formation médicale et les requis pour devenir médecin et obtenir une spécialisation FMH sont assez standardisés, l'hypothèse peut être formulée que l'avis du médecin par rapport à une problématique de santé devrait être assez normalisé, et donc, que l'opinion récoltée dans cette étude, peut refléter l'avis général des médecins. Il serait toutefois utile de proposer une étude quantitative avec l'implication d'un plus grand nombre de médecins et de spécialisations.

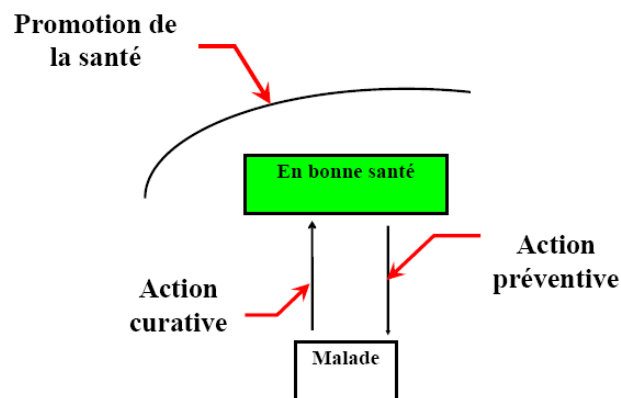
L'objectif principal de cette étude qualitative était d'obtenir des opinions sur les différentes thématiques abordées dans la littérature scientifique. Le conseil en activité physique au cabinet médical est un sujet très peu exploré en Suisse, surtout dans la partie italophone, cette méthodologie qualitative a été choisie pour favoriser l'émergence de nouvelle hypothèse et faire une photographie de la pratique médicale actuelle en matière de promotion et prévention de la santé. Les résultats doivent donc être interprétés en prenant en considération les propriétés de cette méthodologie.

4. CONCLUSION GÉNÉRALE ET PROPOSITION

4.1 UN SYSTÈME DE SANTÉ COHÉRENT

Dans le premier chapitre, il a été démontré à quel point l'activité physique peut être efficace pour la prévention, la promotion de la santé, le traitement des maladies chroniques et dites de civilisation ainsi que la réhabilitation. Un système de santé cohérent résulte de l'intégration de trois stratégies : la promotion de la santé, une action préventive et une action curative (Figure 2).

Figure 2 : Présentation schématique des stratégies nécessaires dans un système de santé d'après Claude F. Robert ¹⁴



Sur la base de ces résultats scientifiques la constatation suivante peut être faite : l'activité physique est un bon moyen, voir le seul, qui agit simultanément sur ces trois stratégies, ce n'est donc pas une réflexion anodine de vouloir l'intégrer dans un système de santé. Actuellement, la santé est définie comme un état de bien-être et d'équilibre permettant à l'homme d'utiliser son potentiel physique, psychique et social. Les caractéristiques intrinsèques de l'activité physique permettent d'intervenir de manière efficace sur ces facteurs de santé, elle pourrait d'ailleurs être comparée à un « médicament » à la seule différence qu'ici le principe actif n'est pas un composé chimique, mais un principe actif qui permet de réveiller le potentiel physique, psychique et social intrinsèque à l'homme, agissant sur les différentes dimensions de la santé. La seule contreindication de ce « médicament » est que la personne doit devenir active dans la prise en charge de sa santé et de la maladie, et parfois, d'adopter un nouveau style de vie, ce qui représente une barrière culturelle très difficile à franchir.

¹⁴ Claude F. Robert, chargé d'enseignement à l'Institut de médecine sociale et préventive, de la Faculté de médecine de Genève et Direction général de la santé, DASS, Etat de Genève

4.2 UN PROBLÈME DE CULTURE

Changer l'habitude de vie des personnes est difficile et plus encore de faire comprendre l'importance du mouvement pour leur santé, surtout quand il n'y a pas présence d'une maladie. De plus, les acteurs de la santé ne partagent pas les mêmes valeurs que ceux qui prétendent que l'exercice physique est un facteur important de santé. Ces freins rendent ce type de discours très difficile à défendre, et le problème de fond posé, c'est-à-dire l'adoption d'une nouvelle approche de la santé dans laquelle les phénomènes biologiques individuels sont conciliés avec les phénomènes sociaux, reste actuellement difficile à résoudre. Une chose est sûre, le médecin a un rôle important à jouer dans ce contexte, car c'est lui qui est au front et propose des choix thérapeutiques. En d'autre terme, ce qui est demandé aux médecins, c'est l'adoption d'une nouvelle approche dans la pratique médicale basé sur la salutogenèse¹⁵. Cette vision de la pratique médicale n'est pas une nouvelle. La déclaration suivante a été publiée dans la revue Suisse « PrimaryCare » : « *Notre manière de voir pathogénétique est parfaitement sensée et efficace dans certaines maladies, infections et autres pathologies pouvant être traitées par la chirurgie. Mais pour les maladies et douleurs chroniques, évoluant vers l'invalidité ou la mort, ou pour les toxicomanies, la vision pathogénétique peut nous mener à des examens sans fin, parfois à une polypragmasie ou à des consilia de spécialistes dépourvus de sens et à la résignation. Et c'est justement en face de tels problèmes que la vision salutogénétique peut nous être utile. Peut-être verrons nous un jour que l'image du monde salutogénétique non seulement donne davantage d'espoir à nos patients, mais qu'aussi elle peut nous simplifier la vie, à nous médecins, et qu'enfin nous sommes nombreux à avoir utilisé cette science depuis longtemps, implicitement.* » (Perren-Klingler 2002). Avec l'émergence des maladies dites de civilisation, cette approche est d'autant plus importante et nécessite une réflexion approfondie afin de proposer des solutions qui soient à la fois acceptées par le médecin, mais aussi par le patient. Il est donc important de mesurer le degré de motivation des médecins quant à l'adoption d'un tel comportement. Cette thématique a été abordée dans le chapitre 2 de ce travail.

Dans le deuxième chapitre, la mise en évidence du conseil systématique en activité physique dispensé par le médecin et la prescription de l'activité physique comme choix thérapeutique est une solution, selon le point de vue des médecins, qui peut être introduite dans la pratique médicale actuelle. Des bases légales et financières ainsi qu'un engagement plus important de la part des décideurs et des financeurs devraient être mis à disposition pour soutenir ce type d'approche. Mais la encore, une nouvelle barrière, concernant les

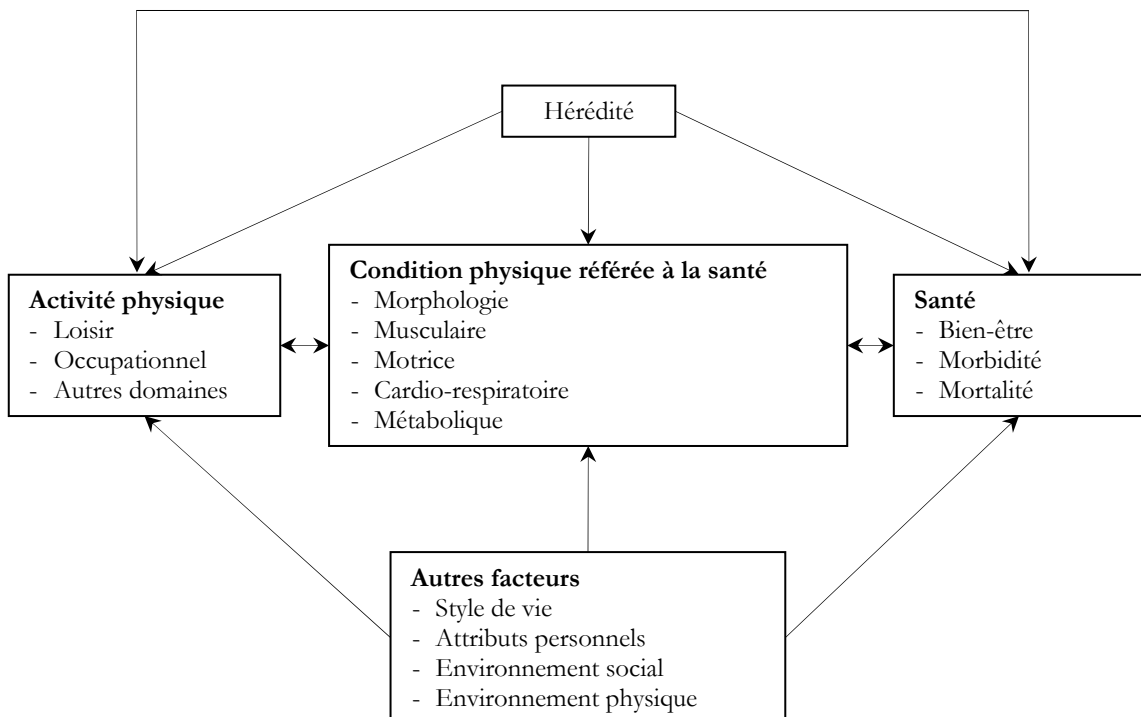
¹⁵ Ce concept décrit comment des personnes restent en bonne santé même lorsqu'elles sont placées dans des circonstances défavorables. La santé est une catégorie en soi dans un *continuum* allant de la santé à la maladie. Ce concept renvoie à l'existence de ressources générales permettant une certaine résistance et qui ont des dimensions biologique, cognitive, émotionnelle, sociale, culturelle et éthique. La ressource principale pour créer la santé est le sens de la cohérence, la confiance dans la compréhensibilité, la capacité à gérer et à donner une signification à la vie et aux événements. Le fondateur de la salutogenèse est Aaron Antonovsky (1924-1994). Il a posé la question de la genèse et de la conservation de la santé tant au niveau de la personne que de son contexte. Du point de vue salutogénétique, la santé et la maladie sont considérées comme des pôles situés sur un *continuum* commun (voir *Continuum* maladie-santé). Antonovsky représente l'importance de la salutogenèse pour la santé et la promotion de celle-ci par une métaphore : du point de vue salutogénétique, la vie d'un être humain est un fleuve plus ou moins dangereux. Tous les êtres humains se déplacent sur ce fleuve, à chaque fois en des endroits différents. Dès lors, la question en matière de promotion de la santé est la suivante : à quel endroit du fleuve se trouve un individu et sait-il bien nager? L'aptitude individuelle à nager correspond aux ressources internes d'un être humain. Le fleuve représente les conditions de vie d'un être humain. La promotion de la santé, quant à elle, s'efforce d'aménager le fleuve et d'encourager l'aptitude individuelle à la natation de telle manière qu'il soit possible de nager dans le fleuve (source : Promotion Santé Suisse – <http://www.promotionsante.ch>)

valeurs fondamentales partagés par les différentes acteurs de la santé se profile. Sur ce dernier point, le lecteur peut se référer aux travaux de Contandriopoulos (Contandriopoulos, et al. 2000, Contandriopoulos 2004), qui sont une excellente synthèse des résistances qui rendent les systèmes de santé difficiles à modifier.

4.3 DES ACTIONS CONCRÈTES !

Les barrières culturelles, évoquées précédemment, ne doivent pas être un frein à la réflexion, mais plutôt un encouragement pour essayer de formuler des propositions efficaces en santé publique. Le modèle (Figure 3) proposé par Bouchard (Bouchard, et al. 1993), qui associe l'activité physique à la santé, montre l'importance de considérer une approche pluridisciplinaire de la santé où deux compétences sont réunies : l'une se référant à la maîtrise du mouvement et des aptitudes psychocorporelles (domaine de l'activité physique) et l'autre à la prévention de symptômes pathologiques (domaine de la santé). Les actions proposées en santé publique pourraient se référer à cette approche. Les résultats obtenus dans cette étude permettent d'orienter de manière plus ciblée et adéquate ces propositions au contexte sanitaire actuelle.

Figure 3 : Modèle décrivant la relation entre l'activité physique, la condition physique référée à la santé et le statut de santé (Bouchard, et al. 1993)



Voici quelques propositions qui méritent d'être développées et complétées par des données contextuelles, afin de pouvoir déterminer la faisabilité en termes de coûts et de volonté politique, et donc, faciliter l'intégration de l'activité physique dans notre système de santé.

- *L'éducation à la santé* – Il faut commencer tôt ! C'est en ces termes que les médecins ont répondu à la question sur les actions envisageables en santé publique. En effet, c'est pendant l'enfance que les styles de vie sont assimilés. Il faudrait donc intervenir auprès des écoles avec des actions de sensibilisation aux problèmes de santé et leurs déterminants. Les parents devraient aussi être interpellés, car ce sont eux qui vont renforcer ces valeurs pendant l'éducation de l'enfant.
- *Empowerment* – La personne devrait pouvoir facilement accéder à l'information relative aux liens entre les déterminants de la santé et les différentes maladies. Les campagnes en faveur du mouvement devraient être proposées d'une manière plus active, c'est-à-dire stimuler la participation de la personne.
- *Formation/Information* – Le corps médical doit pouvoir disposer de formation continue dans le domaine des sciences de l'activité physique. La connaissance des liens entre l'activité physique et la pathologie est essentielle pour que celle-ci puisse être prescrite par le médecin. Des cycles d'information organisés par des spécialistes dans le domaine peuvent aussi contribuer à alimenter cette connaissance.
- *Reconnaissance* – Les spécialistes en sciences de l'activité physique représentent un corps de métier qui n'est pas encore reconnu par les acteurs de la santé, ce qui pose un frein quant à la prescription médicale de l'activité physique. Les reconnaître en tant que professionnels de la santé permettrait d'intégrer dans la pratique médicale une thérapie efficace pour la plupart des maladies dites de civilisation.
- *Infrastructure* – L'absence d'endroit sécuritaire de prise en charge est aussi un problème pour le médecin. Il faudrait pouvoir aménager des infrastructures pour garantir cette prise en charge.

4.4 CONCLUSION

En guise de conclusion, l'analyse présentée dans ce document montre une certaine sensibilité pour cette thématique, que ce soit de la part des scientifiques que du corps médical. C'est donc une brèche dans laquelle tous les acteurs de la santé devraient s'introduire, afin que les différentes actions proposées en santé publique ne restent pas au stade du dialogue, mais qu'elles deviennent des actions concrètes pour mettre l'homme en mouvement !

BIBLIOGRAPHIE

1. **ACSM.** *ACSM's exercise management for persons with chronic disease and disabilities.* Human Kinetics, 2003.
2. **ACSM.** Position stand: The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 30: 975-991, 1998.
3. **American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopedic Surgeons Panel on Falls Prevention.** Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 664-672, 2001.
4. **Astrand PO.** Why exercise? An evolutionary approach. *Acta Med Scand Suppl* 711: 241-242, 1986.
5. **Bekelman JE, Li Y, and Gross CP.** Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. *Jama* 289: 454-465, 2003.
6. **Bouchard C, Shepard R-J, and Stephens T.** *Physical activity, fitness and health consensus.* Human Kinetics, Champaign (II), 1993.
7. **Breslow RA, Ballard-Barbash R, Munoz K, and Graubard BI.** Long-term recreational physical activity and breast cancer in the National Health and Nutrition Examination Survey I epidemiologic follow-up study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 10: 805-808, 2001.
8. **Bucher HC, Hengstler P, Schindler C, and Guyatt GH.** Percutaneous transluminal coronary angioplasty versus medical treatment for non-acute coronary heart disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 321: 73-77, 2000.
9. **Caspersen CJ, Powell KE, and Christenson GM.** Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 100: 126-131, 1985.
10. **Chakravarthy MV, Joyner MJ, and Booth FW.** An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. *Mayo Clin Proc* 77: 165-173, 2002.
11. **Cifuentes M, Fernald DH, Green LA, Niebauer LJ, Crabtree BF, Stange KC, and Hassmiller SB.** Prescription for health: changing primary care practice to foster healthy behaviors. *Ann Fam Med* 3 Suppl 2: S4-11, 2005.
12. **Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, and Avargues MC.** [Evaluation in the health sector: concepts and methods]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 48: 517-539, 2000.

13. **Contandriopoulos D.** A sociological perspective on public participation in health care. *Soc Sci Med* 58: 321-330, 2004.
14. **Cornuz J, Humair JP, Seematter L, Stoianov R, van Melle G, Stalder H, and Pecoud A.** Efficacy of resident training in smoking cessation: a randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. *Ann Intern Med* 136: 429-437, 2002.
15. **Dishman RK, Sallis JF, and Orenstein DR.** The determinants of physical activity and exercise. *Public Health Rep* 100: 158-171, 1985.
16. **Domenighetti G.** Induction de l'offre de prestations médicales par la demande. *PrimaryCare* 2: 241-245, 2002.
17. **Eakin EG, Glasgow RE, and Riley KM.** Review of primary care-based physical activity intervention studies: effectiveness and implications for practice and future research. *J Fam Pract* 49: 158-168, 2000.
18. **Eakin EG, Smith BJ, and Bauman AE.** Evaluating the Population Health Impact of Physical Activity Interventions in Primary Care - Are We Asking the Right Questions? . *JPAH* 2(2): 197-215, 2005.
19. **Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, Pender NJ, and Teutsch SM.** Does Counseling by Clinicians Improve Physical Activity? A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 137: 208-215, 2002.
20. **Elley CR, Kerse N, Arroll B, and Robinson E.** Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 326: 793, 2003.
21. **Finnish Medical Society Duodecim.** Physical activity in the prevention, treatment and rehabilitation of diseases. EBM Guidelines. *Finland: Duodecim Medical Publications Ltd* 2004.
22. **Glasgow RE, Eakin EG, Fisher EB, Bacak SJ, and Brownson RC.** Physician advice and support for physical activity: results from a national survey. *Am J Prev Med* 21: 189-196, 2001.
23. **Good BJ.** *Medecine, rationality and experience. An anthropological Perspective.* Cambridge, University Press 1994.
24. **Hambrecht R.** Sports as therapy. *Herz* 29: 381-390, 2004.
25. **Hambrecht R, Walther C, Mobius-Winkler S, Gielen S, Linke A, Conradi K, Erbs S, Kluge R, Kendziorra K, Sabri O, Sick P, and Schuler G.** Percutaneous Coronary Angioplasty Compared With Exercise Training in Patients With Stable Coronary Artery Disease: A Randomized Trial. *Circulation* 109: 1371-1378, 2004.

26. **Hillsdon M, Foster C, Naidoo B, and Crombie H.** The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews. *NHS, Health Development Agency* 2004.
27. **Hippocrates.** On the articulations. The genuine works of Hippocrates. *Clin Orthop Relat Res* 19-25, 2002.
28. **Jimmy G, and Martin BW.** Implementation and effectiveness of a primary care based physical activity counselling scheme. *Patient Educ Couns* 56: 323-331, 2005.
29. **Junod AF.** Les coûts de la santé : des choix à faire, des valeurs à préserver. *Genève, Ed Georg* 2001.
30. **Karmisholt K, Gyntelberg F, and Gotzche PC.** Physical activity for primary prevention of disease. Systematic reviews of randomised clinical trials. *Dan Med Bull* 52: 86-89, 2005.
31. **Kesaniemi YA, Danforth E, Jensen MD, Kopelman PG, Lefebvre P, and Reeder BA.** Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Med Sci Sports Exerc* 34: S351-S358, 2001.
32. **Kirk AF, Higgins LA, Hughes AR, Fisher BM, Mutrie N, Hillis S, and MacIntyre PD.** A randomized, controlled trial to study the effect of exercise consultation on the promotion of physical activity in people with Type 2 diabetes: a pilot study. *Diabetic Medicine* 18: 877-882, 2001.
33. **Laaksonen DE, Lindstrom J, Lakka TA, Eriksson JG, Niskanen L, Wikstrom K, Aunola S, Keinanen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Valle TT, Ilanne-Parikka P, Louheranta A, Hamalainen H, Rastas M, Salminen V, Cepaitis Z, Hakumaki M, Kaikkonen H, Harkonen P, Sundvall J, Tuomilehto J, Uusitupa M, and for the Finnish Diabetes Prevention Study Group.** Physical Activity in the Prevention of Type 2 Diabetes: The Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes* 54: 158-165, 2005.
34. **Lancet.** The catastrophic failures of public health. *The Lancet* 363: 745-745, 2004.
35. **Lawlor DA, and Hanratty B.** The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *J Public Health Med* 23: 219-226, 2001.
36. **Lee IM, and Skerrett PJ.** Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? *Med Sci Sports Exerc* 33: S459-471; discussion S493-454, 2001.
37. **Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, and Clark O.** Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 326: 1167-1170, 2003.
38. **Mannion AF, Muntener M, Taimela S, and Dvorak J.** Comparison of three active therapies for chronic low back pain: results of a randomized clinical trial with one-year follow-up. *Rheumatology* 40: 772-778, 2001.

39. **Martin BW.** Physical activity related attitudes, knowledge and behaviour in the Swiss population: comparison of the HEPA Surveys 2001 and 1999. *Schweiz Z Sportmed Sporttraumatol* 50: 164-168, 2002.
40. **Martin BW, Mäder U, Calmonte R, and Einstellung R.** Wissen un Verhalten der Schweizer Bevölkerung bezüglich körperlich Aktivität: Resultate aus dem Bewegungssurvey 1999. *Schweiz Z Sportmed Sporttraumatolo* 47: 165-169, 1999.
41. **Moynihan R, Heath I, Henry D, and Gotzsche PC.** Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering * Commentary: Medicalisation of risk factors. *BMJ* 324: 886-891, 2002.
42. **Murray CJ, and Lopez AD.** Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 274: 740-743, 1996.
43. **NHS.** *Exercise Referral Systems: A National Quality Assurance Framework.* London: The Stationery Office, 2001.
44. **Painter P.** Exercise for patients with chronic disease: physician responsibility. *Curr Sports Med Rep* 2: 173-180, 2003.
45. **Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, and King AC.** Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama* 273: 402-407, 1995.
46. **Perren-Klingler G.** Travail sur les ressources en pratique courante. *PrimaryCare* 2: 532-535, 2002.
47. **Petrella RJ, and Wight D.** An office-based instrument for exercise counseling and prescription in primary care. The Step Test Exercise Prescription (STEP). *Arch Fam Med* 9: 339-344, 2000.
48. **Pinto BM, Goldstein MG, Ashba J, Sciamanna CN, and Jette A.** Randomized controlled trial of physical activity counseling for older primary care patients. *Am J Prev Med* 29: 247-255, 2005.
49. **Pollock KM.** Exercise in treating depression: broadening the psychotherapist's role. *J Clin Psychol* 57: 1289-1300, 2001.
50. **Pratt M.** Benefits of lifestyle activity vs structured exercise. *Jama* 281: 375-376, 1999.
51. **Prochaska J, and DiClemente C.** Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Prog Clin Biol Res* 156: 131-140, 1984.
52. **Rossi I.** En guise d'introduction. Médicalisation de la vie, enjeux de société. In: *Eloge de l'altérité Défis de société: 12 regards sur la santé, la famille et le travail* Collection Paradigmes, 2005, p. 20-30.

53. **Rowland TW.** The biological basis of physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 30: 392-399, 1998.
54. **Royal Australian College of General Practitioners.** *Putting Prevention into Practice: a guide for implementation of prevention in the general practice setting.* Green Book 1 st ed. Melbourne: RACGP, 1998.
55. **Rush SR.** Exercise prescription for the treatment of medical conditions. *Curr Sports Med Rep* 2: 159-165, 2003.
56. **Schlüter L, Rickli H, Vuillomenet A, Chatelain P, Eberli F, Meier B, and Eeckhout E.** Interventions cardiaques percutanées en Suisse en 2001. *Kardiovaskuläre Medizin* 7: 61-70, 2004.
57. **Silverman ME.** William Heberden and Some Account of a Disorder of the Breast. *Clinical Cardiology* 10(3): 211-213, 1987.
58. **Slattery ML, and Potter JD.** Physical activity and colon cancer: confounding or interaction? *Med Sci Sports Exerc* 34: 913-919, 2002.
59. **Taddei S, Arcan D, Goy J-J, and Wasserfallen JB.** Qualité de vie avant et 6 mois après angioplastie coronaire transluminale percutanée. *Kardiovaskuläre Medizin* 7: 196-205, 2004.
60. **Thompson PD, Buchner D, Pina IL, Balady GJ, Williams MA, Marcus BH, Berra K, Blair SN, Costa F, Franklin B, Fletcher GF, Gordon NF, Pate RR, Rodriguez BL, Yancey AK, and Wenger NK.** Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Statement From the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation* 107: 3109-3116, 2003.
61. **U.S. Department of Health and Human Services.** Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Promotion. 1996.
62. **US Preventive Services Task Force.** *Guide to Clinical Preventive Services.* Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1996.
63. **Vuori IM.** Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. *Med Sci Sports Exerc* 33: S551-586; discussion 609-510, 2001.
64. **Whelton SP, Chin A, Xin X, and He J.** Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 136: 493-503, 2002.
65. **Wing RR, and Hill JO.** Successful weight loss maintenance. *Annu Rev Nutr* 21: 323-341, 2001.

Formulario per l'intervistatore

Introduzione breve della tematica :

- 1) Sedentarietà e epidemiologia
- 2) Valore terapeutico dell'attività fisica – EBM/Guidelines
- 3) Fattibilità – Esperienza svizzera: Zurigo RatzurTat

Le domande devono dare degli elementi per discutere queste tematiche:

- 4) Profilo del medico
- 5) Relazione con il paziente e la prevenzione.
- 6) Conoscenza dei benefici di un'attività fisica sulla salute.
- 7) Prescrizione di un'AP – vantaggi-svantaggi-barriere-bisogni.
- 8) Proposte possibili: Tempo-Rimborso prestazioni-Delegare a terzi-altro.

Profilo del medico

Voglia riempire la casella che precede la risposta che ha scelto, o iscriva la sua risposta nelle linee adibite a questo scopo, in base al tipo di domanda.

1. Sesso : M F

2. Qualifica/Titolo:

Generalista Internista Altro : _____

3. Luogo in cui pratica? _____

4. Da quanti anni pratica?

1-5 6-10 11-15 16-

5. Com'è organizzato il suo lavoro?

Studio medico Ospedale Altro: _____

6. Pratica un'attività fisica?

Sì No

→ **SE SÌ:** quale sport pratica? _____

Da quanti anni pratica quest'attività?

_____ Anni

Quante volte la settimana pratica quest'attività?

_____ Giorni

Relazione con il paziente

7. Secondo lei l'attività fisica è un fattore importante nella promozione della salute e nella prevenzione di malattie?

Annotazioni: _____

8. Durante una consultazione, ha l'abitudine di dare dei consigli in merito allo stile di vita e a una pratica sportiva?

Sì No

→ **SE NO:** può motivare la sua risposta?

Annotazioni: _____

→ **SE SÌ :** con che frequenza: _____

A che tipo di paziente da questi consigli?

Annotazioni: _____

9. I suoi pazienti le fanno domande in merito all'esercizio fisico?

Sì No

→ **SE SÌ :** in che percentuale? _____

Si sente a suo agio nell'rispondere a questo tipo di domande?

Sì No

Come valuta l'effetto di questi consigli sui suoi pazienti?

Annotazioni: _____

Come definisce le sue conoscenze in questo settore?

Annotazioni: _____

AP e scelta terapeutica

Leggere il testo:

In questi ultimi anni la letteratura scientifica ha dedicato tanto spazio agli effetti dell'attività fisica sulla salute. Attualmente possiamo dire con certezza che l'attività fisica ha un effetto preventivo, terapeutico e riabilitativo per la maggior parte delle malattie dette di civilizzazione, il diabete, l'ipertensione e in primo luogo le malattie cardiovascolari. La sedentarietà, attualmente, è riconosciuta come fattore a rischio allo stesso modo che il tabacco, l'ipertensione arteriosa o l'obesità – indicare le azioni svolte in GB e CAN!

10. Come giudica queste azioni?

Annotazioni: _____

11. Studi recenti (vedi Zurigo) affermano che il livello d'attività fisica quotidiana nella popolazione sedentaria, può essere aumentato con chiari benefici sulla salute e questo a lungo termine, attraverso una consultazione specifica data dal medico. Sarebbe disposto a fornire questo tipo di prestazione?

Sì No

Motivazioni: _____

12. Quali elementi, secondo lei, possono rappresentare degli ostacoli a questo tipo di prestazione?

Annotazioni: _____

13. Come vedrebbe l'introduzione nella pratica medica di un consiglio in attività fisica?

Annotazioni: _____

14. Le casse malattia possono influire sulla scelta fatta dal medico e/o dal paziente?

Annotazioni: _____

L'evidence based medecin ha pubblicato delle linee guida per una prescrizione clinica dell'attività fisica. (mostrare la referenza)!

15. Ha conoscenza di queste linee guida?

Sì No

→ SE SÌ : fa uso di queste raccomandazioni nella sua pratica medica?

Annotazioni: _____

→ SE NO : sarebbe interessato ad avere maggiori informazioni in merito?

Annotazioni: _____

Secondo un recente rapporto della "American Heart Association (AHA)", prescrivere la pratica di un'attività fisica, potrebbe rivelarsi altrettanto efficace contro le malattie cardiovascolari che il trattamento farmacologico o chirurgico.

16. Tra i suoi pazienti con fattori a rischio cardiovascolari, sarebbe disposto a prescrivere loro un'attività fisica come scelta preventiva e/o terapeutica?

Sì No

→ SE SÌ : in che modo, secondo lei, questa scelta potrebbe essere applicata?

Annotazioni: _____

→ SE NO: può motivare la sua risposta?

Annotazioni: _____

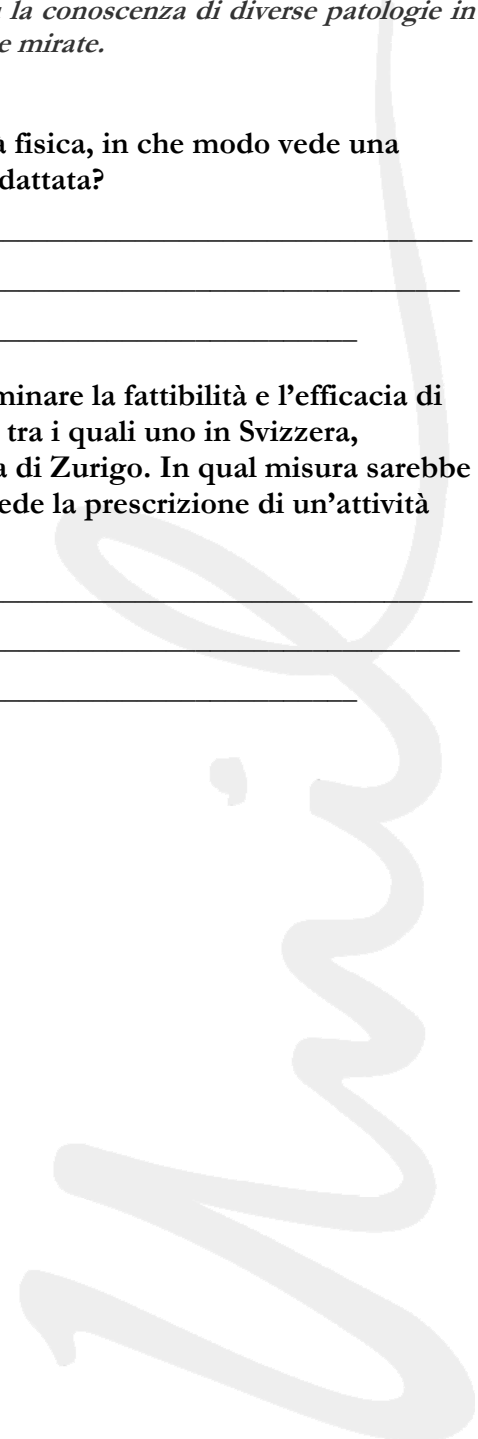
Diversi atenei europei e svizzeri propongono una formazione in scienze dello sport con una specializzazione in attività fisica adattata (Adapted physical activity) che è molto simile a quella che in Canada viene chiamata la “terapia sportiva” (scienza dell’attività fisica). I “terapeuti dello sport” sono dei professionisti della salute che possono esercitare a carico delle casse malati. Nell’attività fisica adattata, gli interventi sono determinati da una valutazione qualitativa delle abitudini di vita, dagli obiettivi e dai bisogni individuali e su una valutazione quantitativa della condizione fisica, basata sui principi riconosciuti in fisiologia dell’esercizio, in biomeccanica, in scienze dello sport e nella riabilitazione. Questo approccio in materia d’attività fisica, più la conoscenza di diverse patologie in ambito clinico, permette di elaborare delle strategie terapeutiche mirate.

17. Visto l’importanza clinica che sta prendendo l’attività fisica, in che modo vede una collaborazione con degli specialisti in attività fisica adattata?

Annotazioni: _____

18. Diversi studi sono stati condotti in Europa per determinare la fattibilità e l’efficacia di una consultazione medica in materia d’attività fisica, tra i quali uno in Svizzera, condotto dall’istituto di medicina sociale e preventiva di Zurigo. In qual misura sarebbe disposto a partecipare ad un progetto pilota che prevede la prescrizione di un’attività fisica e un follow-up su 12 mesi?

Annotazioni: _____



ANNEXE 2

Transcription des interviews des médecins tessinois

Explication des variables utilisées dans cette étude.

Catégorie	Items	Descriptif
<i>Interview</i>	<i>Sujet</i>	ID
	<i>T</i>	Durée de l'interview
<i>Profil</i>	<i>Age</i>	
	<i>Spéc</i>	Définit la spécialisation FMH*
	<i>Prat</i>	Nombre d'année de pratique
	<i>Org</i>	Organisation du travail. Choix entre : 1) cabinet 2) hôpital 3) mixte
	<i>Reg</i>	Lieu géographique de pratique
<i>Pratique</i>	<i>Exp</i>	Niveau de pratique d'une AP**. Choix entre 1) sédentaire, aucune activité physique ou 1 fois par semaine 2) actif, pratique une activité de manière régulière (3 fois par semaine) 3) entraîné, actif et parfois participe à des compétitions, très sportif (plus de 4 fois par semaine)
	<i>Val</i>	Quelle importance le médecin donne à l'AP dans la prévention et la promotion ?
	<i>Cons</i>	Quelle importance le médecin donne à l'AP dans ces consultations ?
	<i>Dem</i>	Est-ce que les patients posent des questions en matière d'AP ?
	<i>Imp</i>	Quel est l'impact des conseils prodigués par le médecin ?
	<i>Conn</i>	Comment le médecin juge ses connaissances en matière d'AP pour la santé ?
<i>Barrières</i>	<i>Dispo</i>	Disponibilité à donner des conseils en AP plus systématiques, indépendamment de la pathologie
	<i>Tem</i>	Disponibilité en termes de temps à donner un conseil en AP
	<i>Form</i>	Aspects liés à la formation de la profession médicale
	<i>San</i>	Considération sur le système de santé
	<i>Ser</i>	Service de prise en charge
<i>Prescription</i>	<i>Cult</i>	Aspects liés à la culture de notre société
	<i>ConnG</i>	Est-ce que le médecin connaît les RPC en matière d'AP ?
	<i>ValTh</i>	Est-ce que le médecin donne une valeur thérapeutique à l'AP ?
	<i>Choix</i>	Est-ce qu'il est prêt à proposer de l'AP comme choix thérapeutique ?
	<i>Coll</i>	Disponibilité du médecin à déléguer la prise en charge à une tierce personne spécialisée dans l'AP (prescription médicale de l'AP)
	<i>Prop</i>	Proposition faite par le médecin pour améliorer l'impact de ces conseils sur le comportement des personnes

* FMH = Fédération de Médecins Suisse

** AP = Activité physique

GLOSSAIRE

Activité physique. Mouvement de l'organisme produit par la contraction musculaire, qui augmente la dépense énergétique dans le cadre des loisirs (sport, entraînement, compétition) et des activités domestiques ou professionnelles.

Acteur de la santé. Le terme « acteur de santé » désigne les personnes dont les activités, professionnelles ou non, ont un retentissement sur la santé des autres. Ainsi, un agent de l'État ou un journaliste peut être un acteur de santé. Un travailleur social est certainement un acteur de santé. En s'en tenant à ce qui concerne les institutions, le terme est plus restrictif et on peut identifier les acteurs suivants : *Les pouvoirs publics* fixent la politique de santé et les priorités de santé publique, là où il faut agir pour améliorer l'état de santé de la population (lutte contre le cancer, le tabagisme, l'alcoolisme, les dépistages organisés), les règles économiques et financières, les règles de l'organisation générale des soins et de leur remboursement. *Les professionnels de santé* soignent les malades, (médecins libéraux et hospitaliers, infirmières, laboratoires d'analyse, ambulanciers, etc.) et contribuent aux actions de santé publique. *Les caisses d'assurance maladie obligatoire* remboursent la majeure partie des soins et contribuent à l'organisation du système de soins. *Les assurances maladie complémentaires*, comme leur nom l'indique, "complètent" le remboursement des soins. Il peut s'agir de mutuelles, d'institutions de prévoyance, ou d'assurances privées. *Les acteurs économiques* (entreprises et salariés) qui financent l'assurance maladie et administrent les caisses. Les assurés participent également au financement du système par leurs cotisations sociales, la CSG (Contribution sociale généralisée) et, le cas échéant, par le paiement direct de taxes sur le tabac et l'alcool, liées à ces deux risques pour la santé. Auxquels il faut ajouter : *Les malades et usagers* sont à la fois les bénéficiaires du système de santé, et notamment à travers leurs représentants associatifs, des acteurs de la santé. *Les collectivités territoriales*, les établissements et institutions sanitaires, sociaux et médico-sociaux contribuent aux actions de santé publique. *Les associations* qui développent des activités, notamment de prévention, et soutiennent les malades, gèrent des structures sociales et médico-sociales. (Sources : Informations élaborées par la Direction générale de santé d'après le rapport de la mission « démographie des professions de santé », présenté par le Pr Yvon Berland (2002) consulté sur le site internet suivant : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/rub06_04.htm).

Protège-hanches. Le protège-hanche fait office de bouclier. Son effet est comparable à celui d'un casque. Il est simple à manier : les coques minces/coussinets synthétiques sont intégrés au sous-vêtement ou alors glissés dans les poches correspondantes du sous-vêtement. Le protège-hanche est invisible de l'extérieur (source : Bureau Suisse des préventions des accidents)



Recommandation pour la pratique clinique. Les termes anglais « guidelines » ou « clinical practice guidelines » ont plusieurs équivalents en langue française, notamment « recommandations pour la pratique clinique » ou « recommandations pour la pratique médicale » ou encore « recommandations de bonnes pratiques ». Après consultation des experts, il est apparu que le terme « recommandations pour la pratique clinique » (RPC) est le plus utilisé (source : The AGREE Collaboration).

Salutogénèse. Ce concept décrit comment des personnes restent en bonne santé même lorsqu'elles sont placées dans des circonstances défavorables. La santé est une catégorie en soi dans un *continuum* allant de la santé à la maladie. Ce concept renvoie à l'existence de ressources générales permettant une certaine résistance et qui ont des dimensions biologique, cognitive, émotionnelle, sociale, culturelle et éthique. La ressource principale pour créer la santé est le sens de la cohérence, la confiance dans la compréhensibilité, la capacité à gérer et à donner une signification à la vie et aux événements. Le fondateur de la salutogénèse est Aaron Antonovsky (1924-1994). Il a posé la question de la genèse et de la conservation de la santé tant au niveau de la personne que de son contexte. Du point de vue salutogénétique, la santé et la maladie sont considérées comme des pôles situés sur un *continuum* commun (voir *Continuum* maladie-santé). Antonovsky représente l'importance de la salutogénèse pour la santé et la promotion de celle-ci par une métaphore : du point de vue salutogénétique, la vie d'un être humain est un fleuve plus ou moins dangereux. Tous les êtres humains se déplacent sur ce fleuve, à chaque fois en des endroits différents. Dès lors, la question en matière de promotion de la santé est la suivante: à quel endroit du fleuve se trouve un individu et sait-il bien nager? L'aptitude individuelle à nager correspond aux ressources internes d'un être humain. Le fleuve représente les conditions de vie d'un être humain. La promotion de la santé, quant à elle, s'efforce d'aménager le fleuve et d'encourager l'aptitude individuelle à la natation de telle manière qu'il soit possible de nager dans le fleuve (source : Promotion Santé Suisse – <http://www.promotionsante.ch>).

Science de l'activité physique. La science de l'activité physique est un domaine académique qui met l'accent sur l'étude du mouvement et du développement de la motricité. Il étudie les bienfaits de l'activité physique, autant pour la santé que pour le développement des habiletés motrices. Il examine les préoccupations actuelles dans le domaine de l'activité physique, ainsi que les déterminants psychosociaux qui influent sur l'adoption d'un mode de vie actif.

Spécialiste en sciences de l'activité physique. Le spécialiste en sciences de l'activité physique a pour fonction d'évaluer la capacité physique, d'analyser le mouvement des divers points de vue des sciences de l'activité physique, et de prescrire des programmes d'activités physiques adaptés à des fins thérapeutiques, de prévention ou de réadaptation, ou de recherche de performance de haut niveau. Ces spécialistes, interviennent auprès de personnes de différents niveaux d'âge et de condition physique, incluant les personnes âgées, auprès de personnes porteuses de certains problèmes de santé ou à risque, ou auprès d'athlètes qui recherchent un haut niveau de performance. Ils travaillent dans les centres médico-sportifs, les centres de conditionnement physique, les centres communautaires et de loisirs, les clubs et les fédérations sportives, les municipalités, et les entreprises privées ou publiques.

TARMED. C'est le nouveau tarif des prestations, valable pour toutes les prestations médicales ambulantes à l'hôpital et dans le cabinet médical. Ce projet ambitieux a commencé avec la révision totale des tarifs médicaux (GRAT). Avec l'admission de la loi sur l'assurance-maladie par le peuple Suisse en 1994, il a pris une toute autre dimension. L'art. 43, alinéa 5 de la LAMal prévoit que les tarifs des prestations médicales dans le domaine de l'assurance maladie se basent sur une structure de tarifs conclue pour toute la Suisse. La révision totale des tarifs des prestations hospitalières a commencé en 1997. De la fusion de ces deux projets est né TARMED en 1999. En 2002 le conseil fédéral a approuvé la structure des tarifs TARMED 1.1r. Les assureurs accidents, militaire et invalidité ont introduit le tarif dès le 1er mai 2003. Depuis le 1er janvier 2004 le TARMED est appliqué globalement.