

## ARTICLE

# Quel soutien des médecins hospitaliers à la pratique d'activité physique des patients atteints du cancer ? Le cas du CHRU de Nancy

Bastien Houtmann<sup>1</sup>, Christine Rotonda<sup>1,2</sup>, Abdou Yacoubou Omorou<sup>1,6</sup>, Sophie Gendarme<sup>2</sup>, Charles Martin-Krumm<sup>1,3,4,5</sup>, et Aurélie Van Hoyer<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> University of Lorraine, EA4360 APEMAC, 54000 Nancy, France

<sup>2</sup> Centre Pierre Janet, 57000 Metz, France

<sup>3</sup> Laboratoire de Psychologie de l'École de Psychologues Praticiens de Paris, Paris, France

<sup>4</sup> Institut de Recherche Biomédicale des Armées (IRBA), Brétigny, France

<sup>5</sup> ChartUpon EA 4004 Nanterre Paris Ouest, Nanterre, France

<sup>6</sup> Inserm, CIC-1433 Clinical Epidemiology, Nancy University Hospital, Nancy, France

Reçu le 2 mars 2020, Accepté le 1 décembre 2020

**Résumé**—De nombreux effets bénéfiques de l'activité physique (AP) sont identifiés pour les patients atteints de cancer. La prescription d'AP adaptée pour les patients atteints d'une affection de longue durée est inscrite dans la loi depuis 2016, et les premières études montrent qu'elle serait efficace pour augmenter le niveau d'AP dans d'autres pays. L'OMS caractérise la prescription de manière générale à travers six étapes. L'objectif de cette étude est d'observer et comparer à travers les critères définis par l'OMS comment, au sein du CHRU Nancy Brabois et l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL), l'activité physique adaptée est prescrite aux patients atteints de cancer et quel est le parcours des patients suite à cette prescription. Huit professionnels de santé ont été interrogés. Une approche déductive a été mobilisée pour coder les unités de sens au sein des différentes étapes de la prescription. Les résultats montrent que les étapes 1, 2, 6 sont effectués lors des consultations par les professionnels. Néanmoins, le décret de loi n°2016-1990 n'a pas modifié les habitudes d'information et de prescription des professionnels de santé, et sans la légitimité de la prescription, l'AP reste un supplément au parcours de soins plutôt que l'une de ses composantes.

**Mots clés** : activité physique, parcours de soin, prescription, cancer

**Abstract**—How do hospital surgeon support to physical activity practice among cancer patients? Many beneficial effects of physical activity (PA) are identified for cancer patients. The adapted PA prescription for patients with long-term conditions has been included in the law since 2016. Recent results have shown, that prescription could be an efficient tool to increase PA level in other countries. The WHO characterizes the prescription by six steps. The objective of the present study is to observe and compare, according to the criteria defined by the WHO, how, at the Nancy Brabois CHRU and the Lorraine Cancer Institute (ICL), adapted physical activity is prescribed to patients with disease of cancer. A qualitative study, interviewing 8 healthcare practitioners was undertaken. A deductive approach has been used to code the units of meaning within the various steps of prescription. Patient support to PA after prescription was also detailed. The results show that steps 1, 2, and 6 are undertaken by physician. The decree of law n°2016-1990 did not modified habits of information and prescription of physicians. Without the prescription's legitimacy, the adapted PA becomes an extra activity beside the care system, rather than being one of its components.

**Key words**: physical activity, care pathway, prescription, cancer

## 1 Introduction

Le cancer est la première cause de mortalité dans le monde (Ancellin & Gaillot de Saintignon, 2017). La littérature scientifique a démontré que 25 % des cancers

pourraient être prévenus par l'activité physique (AP) (Desnoyers, Riesco, Fülöp, & Pavic, 2016). Dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire du cancer, de nombreux bénéfices ont été alloués à la pratique d'AP, comme une amélioration de la qualité de vie et de la perception de fatigue, mais aussi des capacités cardio-respiratoires, des qualités musculaires, permettant d'améliorer l'autonomie du patient (Ancellin & Gaillot de

\*Auteur correspondant :

[Aurelie.van-hoyer@univ-lorraine.fr](mailto:Aurelie.van-hoyer@univ-lorraine.fr)

Saintignon, 2017 ; Brown, Winters-Stone, Lee, & Schmitz, 2012). Des travaux antérieurs ont démontré que l'efficacité des programmes d'AP dépend principalement de la précocité de son initiation et de la capacité du patient à son maintien (Ancellin & Gaillot de Saintignon, 2017). Dès lors, la mise en place d'une pratique d'AP précoce, dès le début du parcours de soins, apparaît primordiale au vu de ses nombreux bénéfices à tous les temps du cancer (Ancellin & Gaillot de Saintignon, 2017). Néanmoins, nous constatons une faible adhésion à la pratique d'AP des patients atteints du cancer (Blanchard *et al.*, 2003), avec une tendance à réduire leur pratique d'AP entre le diagnostic et le début du traitement et des difficultés à retrouver leur niveau de pratique initiale à la fin du traitement (Courneya & Friedenreich, 1997). Un des moyens pour lutter contre cette diminution de pratique d'AP, qui s'est montré efficace dans plusieurs pays, est la prescription d'AP par le médecin (Onerup *et al.*, 2018). Cette dernière est d'autant plus efficace si elle est associée au conseil oral (Bily, 2017).

La promotion de l'AP est au cœur des préoccupations des différentes institutions nationales et politiques, en témoignent notamment le plan cancer 2014–2019. Ce texte législatif prévoit une démarche de prévention après le diagnostic de cancer, incluant la promotion de l'AP et la réduction de la sédentarité. Par ailleurs, les textes législatifs liés à la prescription, spécifient qu'ils visent le développement de l'activité physique adaptée-santé (APA-s). Ainsi, il nous a semblé important de définir les deux concepts. L'AP est définie comme « *tout mouvement corporel qui produit une augmentation marquée de la dépense énergétique par rapport à la dépense de repos* (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985) ». Plusieurs définitions de l'APA-s existent (Hutzler & Sherrill, 2007), mais celle couramment acceptée en France est la suivante : « *tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires* » (Hutzler, Fliess, Chacham, & Van den Auweele, 2002). Alors que le décret et les textes législatifs liés à la prescription mentionnent l'APA-s, nous souhaitons questionner le soutien des professionnels et le parcours de patients après avoir reçu un diagnostic de cancer, que ce soit par la prescription d'APA-s ou par l'encouragement à la pratique d'AP de manière plus générale.

Trois textes législatifs cadrent la prescription d'APA-s : un article de loi, un décret et une circulaire de mise en application. L'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 stipule : « *Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par le décret.* » Le décret entré en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2017, définit le cadre de la prescription de la manière suivante : « *En accord avec le patient atteint d'une affection de longue durée, et au vu de sa pathologie, de ses capacités physiques et du risque*

*médical qu'il présente, le médecin traitant peut lui prescrire une activité physique dispensée par l'un des intervenants suivants...* » et identifie les compétences requises par les professionnels en fonction des limitations fonctionnelles des patients. La circulaire de mise en application donne des orientations et recommandations pour le déploiement du dispositif de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Elle stipule que c'est le médecin traitant qui doit réaliser la prescription, à l'aide d'un formulaire spécifique mis à sa disposition. Ce médecin traitant est défini comme un médecin généraliste ou spécialiste, exerçant en secteur libéral ou en établissement de santé.

L'application de ce décret a principalement été étudiée auprès des médecins généralistes et peu pour des patients atteints de cancer en milieu hospitalier (Attalin, Romain, & Avignon, 2012 ; Barth, Hupin, Roche, Celarier, & Bongue, 2018). Les études montrent que l'AP est évoquée par 90 % des médecins généralistes en consultation (Marcus *et al.*, 1997), utilisant principalement le conseil oral et n'évaluant pas sa pratique (Wee, McCarthy, Davis, & Phillips, 1999) (Bloy, Philippon, & Rigal, 2016). Néanmoins, ils ne sont plus que 43 % à connaître les recommandations d'AP bénéfique pour la santé, et 32 % à fixer un objectif chiffré quant à la pratique d'AP (Mouret *et al.*, 2016). Enfin, il apparaît que seuls deux médecins sur 99 utilisaient la prescription écrite dans un étude de 2010–2011 (Bloy *et al.*, 2016). Plus spécifiquement en cancérologie en France, une étude de 2015 (Beerblock *et al.*, 2015) sur 894 oncologues montrait que seulement 50,3 % médecins donnaient des conseils, recommandations ou prescription liées à la pratique d'AP à plus d'un patient sur deux. Par ailleurs plusieurs freins à la prescription existent : le fait d'être un médecin de sexe masculin (Lanthers *et al.*, 2015), le temps insuffisant consacré à l'éducation des patients et des conseils pour encourager (Chakravarthy, Joyner, & Booth, 2002), le manque de compétence et d'outils nécessaire pour fournir des conseils adaptés (Chakravarthy *et al.*, 2002 ; Lanthers *et al.*, 2015), le manque de remboursement de l'assurance maladie et des régimes de soins (Chakravarthy *et al.*, 2002), une inquiétude liée à la méconnaissance des enseignants en APA (Barth *et al.*, 2018), une meilleure information sur les offres régionales d'AP (Padlina & Martin, 2007). Pour remédier au peu de prescription par les médecins généralistes, plusieurs éléments ont été mis en avant : (1) la formation des médecins sur des conseils adaptés à la motivation du patient (Bloy *et al.*, 2016 ; Marcus *et al.*, 1997 ; Mouret *et al.*, 2016 ; Padlina & Martin, 2007), (2) la mise à disposition d'outils d'évaluations du niveau de pratique d'AP (équilibre, souplesse, marche) (Mouret *et al.*, 2016), (3) la mise à disposition de brochures d'information (Mouret *et al.*, 2016).

## 2 Problématique

Au regard du peu d'études se penchant sur l'application du décret de prescription d'APA-s, spécifiquement auprès des oncologues, cette étude souhaite comprendre comment

la prescription d'APA-s est appliquée par les professionnels de santé en milieu hospitalier, plus particulièrement au sein du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy Brabois (CHRU Nancy Brabois) et de l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL). Le choix du milieu hospitalier ou de soins repose sur l'identification du premier maillon de l'accompagnement d'AP (exercice referral scheme) lors de la prise en charge du cancer et l'établissement d'un centre de référence et de suivi du patient tout au long de cette maladie (Pavey *et al.*, 2012). À l'aune des activités des médecins généralistes (Barth *et al.*, 2018; Mouret *et al.*, 2016; Padlina & Martin, 2007), une hypothèse principale a été formulée à savoir que: le décret de prescription de l'APA-s n'a pas amélioré les pratiques de prescription des oncologues. Ils n'effectuent pas de prescription écrite, notamment ils n'utilisent pas le formulaire présent dans la circulaire interministérielle, par manque de connaissances et d'information sur des relais potentiels.

### 3 Méthode

Une étude de cas a été mise en place grâce à une enquête qualitative à travers des entretiens individuels enregistrés. L'étude de cas est définie comme étant « une approche de recherche empirique qui consiste à enquêter sur un phénomène, un événement, un groupe ou un ensemble d'individus, sélectionné de façon non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes » (Roy, 2009).

#### 3.1 Participants

Nous avons procédé à un échantillonnage théorique (Kivits, Balard, Fournier, & Winance, 2016) pour rencontrer les professionnels de l'ICL et du CHRU. Le critère de sélection théorique était de potentiellement prescrire ou mettre en place de l'AP pour les patients atteints de cancer. Ainsi, nous avons sollicité tous les oncologues, mais également les médecins de soins de support et les intervenants du CUMSAPA, service proposant de l'activité adaptée au CHRU de Nancy. Nous avons contacté 13 professionnels de santé et 7 médecins potentiellement prescripteurs ont été interrogés. Leurs profils sont présentés dans le [tableau 1](#). Au vu des contraintes pour contacter et fixer des rendez-vous avec les professionnels, ainsi que la spécificité liée à l'étude d'un seul hôpital, l'échantillon n'englobe pas la totalité du parcours de soins, notamment les professionnels hors du service d'oncologie. Les participants ont donné leur accord de participation à l'enquête et le droit à l'enregistrement au préalable. Les échanges ont duré en moyenne 20 minutes, correspondant à la durée moyenne d'une consultation médicale. Certains professionnels contactés ont refusé par manque de temps ou de difficulté à organiser un rendez-vous.

#### 3.2 Mesures

La collecte de données a eu lieu entre avril et juin 2018. Le recueil de données a été effectué au cours d'entretiens individuels, avec comme support un guide d'entretien semi

structuré, comprenant des questions sur les étapes de la prescription. Des questions étaient posées sur comment et pendant combien de temps l'AP était abordée en consultation, quel type de pratique d'AP était proposée, sous quelle forme l'AP était prescrite, à quel profil de patients, pour quelles raisons la prescription n'était pas réalisée, comment l'AP était mesurée, quelles étaient les recommandations de santé en matière d'AP, quel était l'orientation et le suivi de la pratique du patient après consultation, quels changements les médecins percevaient depuis la publication de l'article 144 de la loi de santé 2016.

#### 3.3 Traitement des données

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité. Ensuite, une approche déductive mobilisée pour coder les unités de sens issues du matériel brut (mot, phrase(s), paragraphe), première selon le modèle de la prescription de l'OMS (Gilgun, 2015). En effet, l'approche déductive repose sur l'utilisation du modèle de prescription de l'OMS qui définit six étapes essentielles à la prescription de manière générale (De Vries *et al.*, 1994): (1) évaluer et définir le problème du patient, (2) spécifier l'objectif thérapeutique, (3) choisir le traitement approprié: efficace, adéquat et économique (critères EAE), (4) écrire l'ordonnance, (5) donner les informations, explications et avertissements nécessaires, (6) évaluer régulièrement le traitement. Ensuite, nous avons interprété les unités de sens étape par étape, grâce à un codage thématique.

### 4 Résultats

Seulement trois critères sont réellement utilisés par les médecins prescripteurs en évaluant la capacité du patient à pratiquer de l'AP (étape 1), donnant des informations, explications, et avertissement nécessaire à la pratique d'AP (étape 5) et évaluant le suivi de la pratique d'AP des patients par le biais de questions orales (étape 6) (cf. [Tab. 2](#)). Cependant, les professionnels spécifient peu, ou pas entièrement, l'objectif thérapeutique d'un programme d'APA aux patients (étape 2), ils ne participent pas à l'élaboration d'un traitement approprié (étape 3). L'intervention du professionnel s'effectue sous la forme d'une orientation vers des dispositifs présents dans les établissements pouvant accueillir le patient. Enfin, ils ne rédigent pas l'ordonnance pour les patients selon le formulaire issu de la circulaire interministérielle (étape 4). Le décret semble avoir un faible impact sur l'action de prescription de l'APA-s selon la perception des médecins interrogés, « *alors moi, j'ai eu zéro information, à part dans la presse, donc je considère que je n'ai pas été informé pour changer mes pratiques, mais il me faudrait une fiche de recommandations et ce que je mets sur l'ordonnance... On n'a jamais eu d'information officielle, de décret ou autre* » (participant n° 5). Ils ont évoqué une plus forte communication interne et externe (hall d'accueil, brochures, site internet) concernant l'AP. Celle-ci s'est notamment matérialisée principalement par la création du Centre Universitaire de Médecine du

**Tableau 1.** Profils des professionnels interrogés.

Participants	Profession	Etablissement	Âge	Pratique d'une activité physique
N°1	ORL	ICL	46	Pas d'information
N°2	Praticien hospitalier CUMSAPA	CRHU	NC	Escrime en club et d'autres sports
N°3	Unité assistance nutritionnelle	CRHU	NC	NC
N°4	Oncologue médicale	ICL	34	Course à pied
N°5	Chirurgien	ICL	30	Running
N°6	Médecin soins de support	CRHU	33	Marche, randonnées
N°7	Praticien hospitalier, unité oncogériatrie	CRHU	NC	Pratique régulière de sport avant blessure

**Tableau 2.** Étapes de la prescription effectuées.

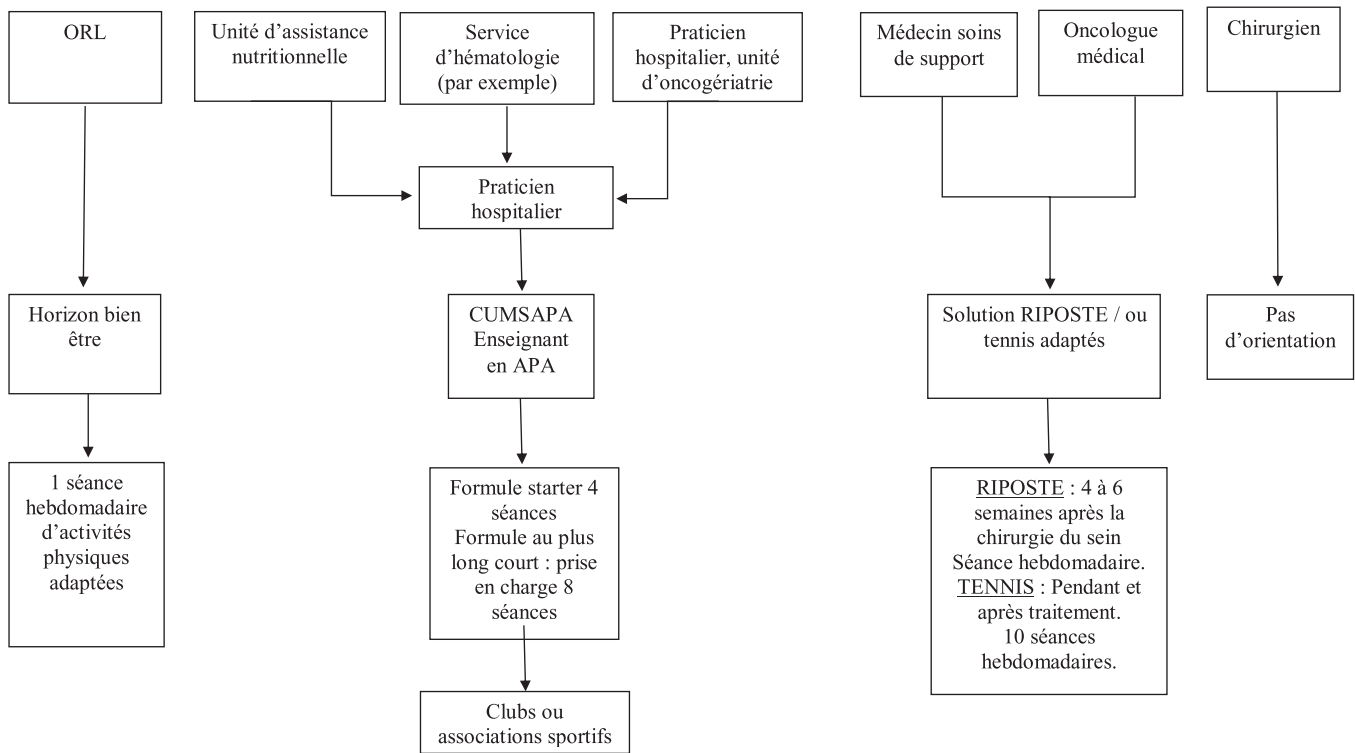
Participants	Les bénéfices de la pratique d'AP	Les facteurs d'influence à la pratique d'AP	Proposent-ils une AP aux patients ?	Acte de prescription	Comment est évaluée la pratique ?	L'impact du décret de loi
N°1	Permet de penser à autre chose	Âge, l'opération subir	Vers Horizon bien-être	Du conseil	NR	Aucun
N°2	Diminution des récidives	Mode de vie d'avant	Vers CUMSAPA Communication, légitimité des médecins du sport	1 prescription faite	Refait des tests à 6 mois	
N°3	Maintien de la masse maigre	Mode de vie d'avant	Vers CUMSAPA recommandation nutritionnelles	Ne pas savoir faire	Des questions	Création CUMSAPA et
N°4	Maintien de la masse musculaire	Mode de vie d'avant	RIPOSTE	Non	Pas de mesure particulière	Pas d'informations officiel
N°5	Contact social, bien être psychique	Mode de vie d'avant	orienté vers les projets	Non	Par des questions	Aucun impact
N°6	Qualité de vie, bien être psychologique	NR	RIPOSTE, Tennis adaptée	Conseils oraux	Examen d'amplitude	Interpellation des patients envers les médecins
N°7	NR	État général du patient	Vers CUMSAPA	Conseils oraux	Tests d'autonomie, marche, équilibre	Pas de changements

Sport et Activité Physique Adaptée (CUMSAPA) en 2018. Néanmoins, un des médecins interrogés souligne, « *ceux qui ne pratiquent pas, c'est dû à un manque d'information, c'est que l'activité physique n'est pas encore mise dans le package du traitement, elle ne fait pas partie du traitement* » (participant n°3).

Au-delà des étapes de la prescription, il ne semble pas que la pratique sportive personnelle ou encore la formation spécifique en médecine du sport soient des facteurs que les interviewés décrivent comme influençant le fait qu'ils prescrivent une APA, ils s'attachent plus aux caractéristiques personnelles et à la pratique sportive des patients (Fig. 1).

Étape 1: *Évaluer et définir le problème du patient*

Nous observons que 4 des 7 médecins interrogés parlent systématiquement d'AP lors des consultations. Les 3 autres participants ne l'évoquent pas toujours. Notamment le participant n°1 qui n'en parle pas car il estime que ses patients ont « *des substrats socio-économiques particulier, ils n'ont pas assez d'argent... ou au vu de leurs modifications physiques, ils ne veulent pas sortir... l'activité physique n'est pas la première des préoccupations* » (participant n°1). Par ailleurs, au-delà des caractéristiques individuelles, la difficulté de trouver un temps d'échange sur l'AP semble complexe, « *je me rends compte que c'est essentiel [l'AP], et qu'on devrait proposer à tous les patients. Après j'ai bien conscience qu'un patient à qui on annonce qu'il a un cancer, on leur annonce plein plein*



**Fig. 1.** Parcours d'activité physique du patient.

de choses, ils ont plein d'informations et le moment opportun pour parler d'activité physique, il reste compliqué. » (participant n°6). Le chirurgien et le médecin de support n'évoquent pas assidûment l'AP. Par ailleurs, un médecin explique que « les gens qui sont sportifs, ils restent sportifs, mais que les gens qui ne le sont pas, on n'y arrive pas. Ce n'est pas parce qu'on est malade que tout d'un coup, on se met à arrêter de fumer, faire du sport, courir, c'est souvent un bon déclencheur, mais quelqu'un qui n'a jamais fait de sport, on va l'inciter à marcher, mais bon... » (participant n°5). Il semblerait que la formation en médecine du sport ne soit pas un facteur facilitant pour la prescription « Je suis supposée avoir la casquette de médecin du sport, mais dans mon activité quotidienne, j'ai une activité de consultation de soins palliatifs, de douleurs et d'oncogériatrie... et des fois, je me surprends à me dire que je n'ai pas parlé d'activité physique, alors que je suis la première à me dire qu'il faut. Par contre, mon collègue, oncogériatre avec qui je travaille, le fait quasiment systématiquement » (participant n°6).

#### Étape 2: Spécifier l'objectif thérapeutique

Les professionnels de santé ne précisent pas toujours tous les bénéfices de l'AP en fonction du patient, 2 médecins sur 7 identifient de manière imprécise les bénéfices à la pratique d'activité pour leurs patients. Les autres professionnels communiquent sur des bienfaits psychologiques « penser à autre chose » (participant n°1), et des bienfaits liés à la maladie comme le « maintien de la masse maigre » (participant n°3), « une meilleure tolérance aux traitements » (participant n°2). Cependant il est observé, un discours axé soit sur les bienfaits

psychologiques, soit sur les bienfaits liés à la gestion de la maladie, plutôt ancré dans un modèle psychosocial d'éducation en santé.

#### Étape 3: Choisir le traitement approprié

Nous constatons que les professionnels ne déterminent pas un traitement spécifique, mais ils renvoient les patients vers les projets et associations des deux établissements de soin ou ils conseillent principalement de « bouger, sortir de son canapé » (participant n°4). L'orientation semble varier également en fonction de trois critères: géographique, socioéconomique et type de cancer. Il est constaté qu'aucun professionnel ne renvoie les patients vers les clubs sportifs ou associations sans lien avec le milieu hospitalier par manque de connaissances et d'informations. Les médecins semblent manquer de connaissance sur les différentes compétences entre un enseignant en APA-s, un kinésithérapeute ou un coach sportif. Ainsi, ils renvoient vers des projets connus et diffusés au sein du service: l'association Reconstruction Image de soi Posture Oncologie Santé Thérapie Escrime (RIPOSTE), l'association Horizon Bien-être, Tennis Sport Santé Bien-Être et le CUMSAPA. Les médecins ne participent pas à l'élaboration de programmes d'AP. Ils orientent vers le projet RIPOSTE pour un type de cancer unique (cancer du sein), puisque c'est un programme d'escrime adaptée. Ce programme est développé en partenariat avec la Fédération Française d'Escrime, la Ligue Lorraine d'Escrime et la participation active des clubs. Les médecins envoient les autres patients atteints de cancer vers le projet de l'association Horizon Bien-être, qui propose deux séances hebdomadaires d'activité physique



adaptée pour toute personne en cours de traitement ou de suivi pour un cancer. Il est évoqué que les projets ayant une volonté fédérale et des formations solides « rassurent les professionnels » et facilitent l'orientation des patients vers ces structures. « *On ne fait pas la pub des clubs qui n'ont pas d'entraîneur ou d'éducateur sportif formé spécifiquement à l'activité physique adaptée, je pense qu'il faut quand même un minimum de formation, cependant nous ne faisons pas la promotion aussi bonne soit l'intention au départ. Idéalement ce qu'on adore et qui nous rassure, sont les projets comme RIPOSTE, c'est quand il y a une volonté fédérale et qu'il y a des formations bien solides derrière* » (participant n°6). Enfin, les professionnels de santé identifient plusieurs facteurs pouvant freiner la pratique pour les patients, comme l'âge (participant n°1), les opérations subies, le « *mode de vie* » [ndlr... les habitudes de vie et comportements d'AP] (participant n°7) et la pratique ante-diagnostic, « *Les sportifs maintiennent la pratique, les non sportifs n'en font pas* » (participant n°3).

#### Étape 4: Écrire l'ordonnance

Six des sept médecins ne prescrivent pas d'APA-s conformément à la circulaire interministérielle, même s'ils disent connaître le formulaire interministériel. Le dernier professionnel a fait « *une fois une vraie prescription en bonne et due forme, mais je n'étais pas à l'aise, comme je ne suis pas à l'aise de prescrire de la kinésithérapie, je ne sais pas quoi écrire, quoi dire, peut être que je ne suis pas assez bien formée et sur l'activité physique spécifiquement, je suis très gênée par la question du secret médical, je ne sais pas ce que je peux dire ou pas dire dans ma feuille en fait* » (participant n°6). Cette difficulté est corroborée par un second médecin : « *en fait, je ne saurais même pas comment m'y prendre* » (participant n°5). Cette unique prescription a été faite pour plusieurs raisons : la personne vivait loin et ne pouvait profiter des programmes précédemment cités et avait les moyens financiers. C'est dans l'échange avec un professionnel de l'AP pouvant prendre en charge la personne que ce professionnel a demandé la prescription et a guidé le médecin dans l'écriture. Cependant, ils utilisent les conseils oraux, afin d'indiquer les recommandations pour se soigner. Par exemple, « *Le conseil le plus fréquent c'est vraiment la marche, le fait de sortir, d'être actif* » (participant n°4). « *On les incite fortement à garder une activité physique minimale pour garder leur capitale musculaire* » (participant n°7). Le temps accordé aux conseils portant sur l'activité physique lors des consultations des médecins est très variable en fonction de leur type et de la « *casquette* » [ndlr. Le rôle du médecin dans le suivi médical du patient, sous-entendu médecin traitant ou non] (participant n°6) du professionnel, allant de quelques secondes à environ 15 minutes. « *Sur mes consultations, il y a une minute ou deux maximum consacrées à l'activité physique et pas à chaque fois, il y a des gens ou on l'évoque une fois ou deux, parfois jamais* » (participant n°5). Cependant, cela n'est pas systématique, et est adapté en fonction du profil et de l'état de santé du patient : « *Des patients qui ont un cancer dont la raison est surtout l'alcool, le tabac et drogue sont*

*des patients qui n'ont pas une vie facile et n'ont pas une vie régulière donc l'activité physique ce n'est pas la première préoccupation* » (participant n°1).

Étape 5: *Donner les informations, explications et avertissement nécessaires*

Les médecins ne donnent pas d'information sur les recommandations d'activité physique à atteindre. Les médecins identifient les projets proposés par le CHRU Nancy Brabois et l'ICL en termes d'APA-s, le CUMSAPA au CHRU, l'association Horizon Bien-être à l'ICL, le projet RIPOSTE, et le Tennis Sport Santé Bien-Être. Trois médecins sur sept, connaissent un enseignant en APA-s via le CUMSAPA. Nous observons qu'il n'y a pas d'enseignant en APA-s dans l'association Horizon Bien-être de l'ICL, mais ce sont des « *coachs sportifs* » qui s'occupent de l'AP (participants n°6). Le CHRU Brabois ainsi que l'ICL communiquent à travers les différents projets déjà évoqués, mais aussi par des canaux de communication plus standards comme « *le site internet, newsletters* » (participant n°4). L'une des missions du CUMSAPA est d'effectuer un travail de recensement des clubs sportifs ou associations ayant la capacité de recevoir différents patients au cours de leurs traitements.

Étape 6: Évaluer régulièrement le traitement

Six médecins sur sept effectuent un suivi, dont cinq d'entre eux le font de façon orale sous forme d'entretien. « *Ce n'est pas le nombre de kilomètres qui m'intéresse, mais c'est le ressenti* » (participant n°5). Le dernier médecin utilise des tests de marche (Timed Get Up and Go), de souplesse ou encore d'autonomie comme les tests d'Activities of Daily Living, ADL (Katz, 1932) et Instrumental Activities of Daily Living, IADL (Lawton, 1969). Tous les professionnels communiquent avec l'entourage lorsqu'il est présent lors de la consultation ou de la séance, pour une uniformisation du discours. Les professionnels de santé ne questionnent pas réellement les motivations ou freins à la pratique, cependant ils utilisent certains arguments « *comme le plaisir à pratiquer* » (participant n°6), pouvant pousser les patients à pratiquer une activité physique. De plus, les projets précédemment cités offrent seulement une pratique d'AP(A-s) à court terme (quatre à huit séances au CUMSAPA, dix séances au tennis adaptée). Les patients ne sont pas suivis sur du moyen (6 mois à 2 ans) ou long termes (2 ans et plus), et se retrouvent souvent seuls pour trouver des solutions de pratique d'activité physique à long terme. « *Alors les bénéfiques à long termes, je n'en sais rien, je les revois [les patients] après trois mois, et puis je les perds de vue.* » (participant n°6).

## 5 Discussion

L'objectif de cette étude était d'investiguer comment l'APA-s est prescrite depuis la parution du décret de dispensation de la prescription d'APA-s en 2016, en mobilisant comme cadre d'analyse les critères de prescription définis par l'OMS (De Vries *et al.*, 1994). Les interviews nous ont permis de constater que les étapes 1, 5

et 6 sont effectuées lors des consultations. Cependant les étapes 2, 3, 4 ne semblent pas réalisées, ni avoir été impactées par le décret. Les résultats relatifs à la définition du problème du patient montrent que le décret n'a pas changé les pratiques, les médecins abordant l'AP en consultation, mais principalement de manière orale et sans l'évaluer avec des outils (Barth *et al.*, 2018; Bloy *et al.*, 2016), même s'il en existe, notamment scientifiquement validés (Oppert, 2006; Tessier, Vuillemin, & Briançon, 2008). Il semblerait que le temps consacré en consultation à l'AP va de quelques minutes à 15 minutes maximum, la consultation ne portant jamais uniquement sur cette AP, limitant la possibilité d'utiliser des outils complexes ou longs (Oppert, 2006; Tessier *et al.*, 2008). Par ailleurs, il semblerait que la construction de ce type d'outil soit difficile, car dans cette étude comme dans d'autres, les médecins considèrent l'AP au sein des consultations en fonction de la spécificité de chaque patient (évolution de la maladie, pathologies, âge, modes de vie) (Barth *et al.*, 2018; Bloy *et al.*, 2016; Lanhers *et al.*, 2015). Il semblerait que l'apparition d'outils numériques pourrait apporter une aide précieuse aux professionnels de santé dans la préconisation de l'activité physique, mais aussi dans la sensibilisation des patients et leur entourage (Paris, Fillol, Pascal, Rousset, & Duclos, 2015). Ce type d'outil permettrait un meilleur suivi de l'AP et de l'évolution de la maladie par les médecins, mais également par les professionnels de l'AP (Paris *et al.*, 2015).

Alors que le temps consacré à l'AP est court, les professionnels de santé identifient plusieurs bienfaits de l'activité physique, certains d'entre eux communiquent sur la diminution des récurrences, le maintien de la masse musculaire ou encore une meilleure tolérance aux traitements. Trois d'entre eux évoquent des bienfaits sociaux, psychologiques, et moraux. Ces résultats sont similaires à une étude précédente, soulignant que presque la totalité (97 %) des médecins en cancérologie percevait des bénéfices de l'AP (Beerblock *et al.*, 2015), tant sur les effets secondaires de la maladie et du traitement, que sur la qualité de vie. Le fait que les médecins évoquent soit des bienfaits psychologiques, soit des bienfaits physiques liés à la maladie, interroge sur les différentes représentations des professionnels concernant l'activité physique et sa place dans le parcours de soins (Barth *et al.*, 2018). Il semblerait que cette étape est importante dans la prescription, puisque l'offre d'une éducation biopsychosociale [23, 24] et cohérente aux personnes permet de réduire l'appréhension face à l'exercice (Fernandez *et al.*, 2015). En outre, l'évitement d'une approche normative de la santé, par l'absence de mention des recommandations d'activité physique de la santé pour une approche autoréférencée est complémentaire avec cette vision psycho-sociale (Favier-Ambrosini, 2019; Perrin & Mino, 2019). Les médecins disent ne pas concevoir les programmes d'APA-s, et n'évoquent pas spécifiquement un objectif thérapeutique précis avec les patients. Par contre, ils orientent les patients, avec certaines difficultés. S'ils connaissent les projets liés à leur établissement de santé, ils n'identifient pas de club sportif ressource pour leurs patients. Comme

pour les médecins suisses (Padlina & Martin, 2007), un manque de connaissance concernant des clubs sportifs ou association en capacité de recevoir les patients atteints du cancer laisse de nombreux patients sans solution de pratique d'APA-S. Mentionné comme première dans la mise en place d'une intégration des enseignants APAs dans le monde médical (Perrin, 2016), l'identification des compétences des intervenants et de leur spécificité est absente, soulignant la nécessité de sensibilisation, voir de formation sur ces aspects spécifiques du décret. Le travail de recensement du CUMSAPA semble être une ressource d'information essentielle à l'orientation des patients. Celui-ci devrait être partagé à l'ensemble des professionnels de santé. La moitié des médecins rencontrés connaissent un enseignant en activité physique adaptée (interne à l'hôpital). Néanmoins, il semblerait que les médecins ne soient pas formés aux différentes compétences des intervenants en AP, limitant leur compréhension du type d'activité physique à proposer, comme souligné par différents auteurs (Perrin, 2016). En outre, le manque de visibilité de l'offre d'APAs et la fragmentation des dispositifs (Favier-Ambrosini, 2019) mis à disposition engendre une concentration des oncologues sur les partenariats établis soit au sein de l'établissement dans un service spécifique, soit avec trois associations identifiées par le médecin de soins de support. Ainsi, dans leur discours, la marche revient comme conseil général, mais la diversité des activités à proposer n'est pas appréhendée par les professionnels. Dans la réorientation, ils tiennent compte de trois critères: le type de cancer, le lieu géographique d'habitation et le niveau socio-économique. Il semblerait que l'existence d'un service interne à l'hôpital permette une première passerelle pour les patients à court terme (8 semaines) et augmente le nombre de patients pris en charge (Beerblock *et al.*, 2015), et cette dernière initie actuellement l'identification de structures pouvant accueillir des patients à long terme, comme préconisé dans la circulaire interministérielle. Le formulaire présent dans la circulaire interministérielle de la prescription d'APA-s n'est pas utilisé par les professionnels de santé rencontrés, même si les médecins disent avoir connaissance de son existence. Le conseil oral ou l'entretien restent les méthodes les plus utilisées afin d'encourager et de suivre la pratique (Barth *et al.*, 2018; Bloy *et al.*, 2016). Les barrières à cette prescription seraient, comme dans d'autres travaux, principalement la difficulté de formaliser la prescription, liée à un manque d'information (Chakravarthy *et al.*, 2002). La question qui se pose au sein de ce travail est celui d'orientation et de passerelle entre le médecin prescripteur et le monde sportif, où le médecin oriente en priorité à l'intérieur de l'hôpital, vers un service d'activité physique adapté, qui fait le lien avec l'offre d'APA-s sur le territoire, limitant l'impact de la non-connaissance des structures par le médecin. Ce système semble fonctionner en France, avec un relais d'orientation (Bauduer, Vanz, Guillet, & Maurice, 2018) et dans d'autres pays, notamment au Pays-Bas, où la fonction de « care sport connector » a vu le jour (Leenaars, Smit, Wagmakers, Molleman, & Koelen, 2016). Le suivi

de la pratique d'activité physique est fait à l'oral par le médecin et à l'aide de tests pour l'enseignant en APA-s. Il semblerait que ces informations ne soient pas partagées directement entre les professionnels de santé, excepté si le patient joue un rôle actif de transmission. Les médecins sont en demande de la construction d'un outil de suivi commun adaptable. Cet outil pourrait permettre un suivi plus médicalisé qu'un entretien, et fournir des données comparables, valides et fiables concernant les niveaux d'activités physiques (Bel-Serrat *et al.*, 2017; Onerup *et al.*, 2018).

## 6 Limites

Il est important de tenir compte des limites concernant les résultats. Dans ce travail, pour pouvoir mieux comprendre les mécanismes liés à une dynamique d'un hôpital, nous nous sommes limités à un seul site hospitalier. Il serait intéressant de questionner comment d'autres hôpitaux s'organisent par rapport à la mise en place de ce décret. Par ailleurs, nous nous sommes centrés sur les professionnels de santé, interroger les patients aurait permis d'avoir une autre vision sur l'accompagnement de l'activité physique, et les freins à sa pratique et aurai permis de cibler leurs besoins. Enfin, observer les différents discours lors de consultations aurait permis d'avoir des informations directes sur le déroulement réel d'un échange entre patients et professionnels de santé au sujet de l'activité physique.

## 7 Conclusion

Des différentes interviews, nous pouvons conclure que le décret de dispensation de la prescription d'APA-s n'est pas encore appliqué par les médecins en juin 2018. Néanmoins, ce dernier a eu un impact sur la création d'une structure interne d'APA-s pour une pratique d'APA-s à court terme (8 semaines), sur la communication en interne et à l'externe d'informations par différents médias (newsletter, site internet, brochures) des offres d'APA-s. Par ailleurs, si les médecins abordent l'AP dans leurs consultations, la mesure de l'AP, la spécification de l'objectif thérapeutique, l'écriture de l'ordonnance et un suivi de la pratique d'AP basé sur des outils semblent manquer. En outre, les médecins ne sont pas formés sur les différences entre les compétences des intervenants en AP, ni informés des offres de pratique d'APA-s au-delà des projets liés aux soins de santé, limitant les opportunités de pratique pour les patients atteints de cancer. Par ailleurs, les conseils se limitent principalement à de la marche et du mouvement libre, sans réelle compréhension de la diversité des approches et de l'intérêt de l'intégration de l'activité physique dans le parcours de soin.

*Remerciements.* Merci aux médecins hospitaliers du CHRU de Nancy et de l'Institut de Cancérologie de Lorraine pour leur participation. Cette recherche a bénéficié d'un soutien de Ligue contre le cancer, « Projet de Recherche en Sciences Humaines et Sociales Ligue Contre le Cancer » pour le projet PERTINENCE.

## Références

- Ancellin, R., & Gaillot de Saintignon, J. (2017). Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer : des connaissances scientifiques aux repères pratiques [Benefits of physical activity during and after cancer treatment]. *Oncologie*, 19(3-4), 95–107.
- Attalin, V., Romain, A.-J., & Avignon, A. (2012). Physical-activity prescription for obesity management in primary care: Attitudes and practices of GPs in a southern French city. *Diabetes & Metabolism*, 38(3), 243–249.
- Barth, N., Hupin, D., Roche, F., Celarier, T., & Bongue, B. (2018). La prescription de l'activité physique adaptée chez le sujet âgé : de l'intention à la réalité. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 18(105), 155–161.
- Bauduer, F., Vanz, E., Guillet, N., & Maurice, S. (2018). La prescription d'activité physique par le médecin traitant : l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé. *Sante Publique*, 30(3), 313–320.
- Beerblock, K., Etesami, R., Descotes, J.-M., Ganem, G., Raffoux, E., Dauchy, S., Scotté, F., Saghatchian, M., Vanlemmens, L., Levaché, C.-B., Ranque, S., & Bouillet, T. (2015). Accès à l'activité physique et sportive en cancérologie : enquête auprès des patients et des soignants. Enquête nationale 2015. *Sport et Cancer*. <https://www.sportetcancer.com/storage/uploads/pdf/2e51eedfbb1860ff71ff2fe329cf57e.pdf>.
- Bel-Serrat, S., Huybrechts, I., Thumann, B.F., Hebestreit, A., Abuja, P.M., de Henaauw, S., ..., Lazzeri, G. (2017). Inventory of surveillance systems assessing dietary, physical activity and sedentary behaviours in Europe: a DEDIPAC study. *The European Journal of Public Health*, 27(4), 747–755.
- Bily, L. (2017). An Evening of Memories: Cancer Program Staff and Families Celebrate the Lives of Patients. *Oncology Issues*, 32(4), 32–34.
- Blanchard, C.M., Denniston, M.M., Baker, F., Ainsworth, S.R., Courneya, K.S., Hann, D.M., Gesme, D.H., Reding, D., Flynn, T., & Kennedy, J.S. (2003). Do adults change their lifestyle behaviors after a cancer diagnosis? *American Journal of Health Behavior*, 27(3), 246–256.
- Bloy, G., Philippon, L.M., & Rigal, L. (2016). Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. *Sante Publique*, 1(HS), 153–161.
- Brown, J.C., Winters-Stone, K., Lee, A., & Schmitz, K.H. (2012). Cancer, physical activity, and exercise. *Comprehensive Physiology*, 2(4), 2775–2809.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E., & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126.
- Chakravarthy, M.V., Joyner, M.J., & Booth, F.W. (2002). An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. In: *Paper presented at the Mayo Clinic Proceedings*.
- Courneya, K.S., & Friedenreich, C.M. (1997). Relationship between exercise pattern across the cancer experience and current quality of life in colorectal cancer survivors. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 3(3), 215–226.
- De Vries, T., Henning, R., Hogerzeil, H.V., Fresle, D., Policy, M., & Organization, W.H. (1994). Guide to good prescribing: A practical manual.
- Desnoyers, A., Riesco, E., Fülöp, T., & Pavic, M. (2016). Physical activity and cancer: Update and literature review. *La Revue de médecine interne*, 37(6), 399–405.



- Favier-Ambrosini, B. (2019). De la complexité des modèles normatifs à l'œuvre dans les Réseaux Sport-Santé Bien-être. *Corps*, (1), 39–51.
- Fernandez, S., Franklin, J., Amlani, N., DeMilleVille, C., Lawson, D., & Smith, J. (2015). Physical activity and cancer: A cross-sectional study on the barriers and facilitators to exercise during cancer treatment. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 25(1), 37–42.
- Gilgun, J.F. (2015). Deductive qualitative analysis as middle ground: Theory-guided qualitative research. Seattle, WA, USA: Amazon Digital Services LLC.
- Hutzler, Y., Fliess, O., Chacham, A., & Van den Auweele, Y. (2002). Perspectives of Children With Physical Disabilities on Inclusion and Empowerment: Supporting and Limiting Factors. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(3).
- Hutzler, Y., & Sherrill, C. (2007). Defining adapted physical activity: International perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24(1), 1–20.
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Winance, M. (2016). Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin.
- Lanhers, C., Duclos, M., Guttman, A., Coudeyre, E., Pereira, B., & Ouchchane, L. (2015). General practitioners' barriers to prescribe physical activity: the dark side of the cluster effects on the physical activity of their type 2 diabetes patients. *PLoS One*, 10(10), e0140429.
- Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3\_Part\_1), 179–186.
- Leenaars, K., Smit, E., Wagemakers, A., Molleman, G., & Koelen, M. (2016). The role of the care sport connector in the Netherlands. *Health Promotion International*, 33(3), 422–435.
- Marcus, B.H., Goldstein, M.G., Jette, A., Simkin-Silverman, L., Pinto, B.M., Milan, F., Washburn, R., Smith, K., Rakowski, W., & Dubé, C.E. (1997). Training physicians to conduct physical activity counseling. *Preventive Medicine*, 26(3), 382–388.
- Mouret, D., BuyCK, J.-F., Lelièvre, F., Tuffreau F., Tallec, A. (2016). Promotion et prescription de l'activité physique: attitudes et pratiques des médecins généralistes. *Panel en médecine général*, 13, 8.
- Onerup, A., Arvidsson, D., Blomqvist, Å., Daxberg, E.-L., Jivegård, L., Jonsdottir, I.H., Lundqvist, S., Mellen, A., Persson, J., Svanberg, T., Borjesson, M., & Sjögren, P. (2018). Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*. [bjsports-2018-099598](https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099598).
- Oppert, J.-M. (2006). Méthodes d'évaluation de l'activité physique habituelle et obésité. *Science & Sports*, 21(2), 80–84.
- Padlina, R.B.R.S.O., & Martin, F.P.J.C.B. (2007). Promotion de l'activité physique au cabinet médical : où en sommes-nous en Suisse ? *Revue Médicale Suisse*, 3, 32713.
- Paris, L., Fillol, F., Pascal, S., Rousset, S., & Duclos, M. (2015). La santé 2.0 : des outils de suivi de la nutrition et de l'activité physique en condition habituelles de vie. *Paper presented at the 2. Assises Inter-Régionales de Nutrition et Métabolisme, Rhône-alpes-Auvergne*.
- Pavey, T., Taylor, A., Hillsdon, M., Fox, K., Campbell, J., Foster, C., Moxham, T., Mutrie, N., Searle, J., & Taylor, R. (2012). Levels and predictors of exercise referral scheme uptake and adherence: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 737–744.
- Perrin, C. (2016). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. *Sante Publique*, 1(HS), 141–151.
- Perrin, C., & Mino, J.-C. (2019). Activité physique adaptée et enjeux normatifs dans les trajectoires de maladie chronique aux points de rencontre des approches interactionnistes et de la philosophie de Georges Canguilhem. *Corps*, (1), 103–112.
- Roy, S.N. (2009). L'étude de cas. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*, 5, 199–225.
- Tessier, S., Vuillemin, A., & Briançon, S. (2008). Revue des questionnaires de mesure de l'activité physique validés chez les enfants et les adolescents. *Science & Sports*, 23(3-4), 118–125.
- Wee, C.C., McCarthy, E.P., Davis, R.B., & Phillips, R.S. (1999). Physician counseling about exercise. *Journal of the American Medical Association*, 282(16), 1583–1588.

**Citation de l'article** : Houtmann B, Rotonda C, Omorou AY, Gendarme S, Martin-Krumm C, & Van Hoyer A (2021) Quel soutien des médecins hospitaliers à la pratique d'activité physique des patients atteints du cancer ? Le cas du CHRU de Nancy. *Mov Sport Sci/Sci Mot*, **112**, 21–29