

- **Annexe 3 – Charte d'engagement**

# CHARTRE D'ENGAGEMENT

## « Maisons sport-santé »

Maison Sport-Santé.....

Nom de la structure

.....

Nom du responsable

.....

Nature et Statut juridique de la structure

.....

# Préambule

Face à l'accroissement continu de la sédentarité<sup>13</sup>, de l'inactivité physique<sup>14</sup> et de l'ensemble des pathologies chroniques qui y sont associées, nombre de chercheurs internationaux ont prouvé l'efficacité d'une pratique d'activité physique régulière, modérée et adaptée pour prévenir ces pathologies et endiguer cette « pandémie »<sup>15</sup>.

L'OMS a défini en 2013 des objectifs différenciés (niveaux d'activité physique recommandés) en fonction des âges de la vie et a lancé son plan d'action mondial pour l'activité physique et la santé (« Plan d'action mondial de l'OMS pour l'activité physique et la santé 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain »).

L'activité physique et sportive, reconnue comme un déterminant majeur de santé et de bien-être, nécessite pour tout déploiement, la mise en œuvre de dispositifs et de processus nouveaux. Ces dispositifs doivent constituer un outil structurant l'offre de pratique régulière d'APS à des fins de santé, dès le plus jeune âge, pour l'ensemble de la population, en particulier pour ceux qui en sont les plus éloignés (précarité, handicap, santé). Les Maisons Sport-Santé développent une démarche attentive à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment en direction des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (le site SIG Ville identifie les 1 514 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV): <https://sig.ville.gouv.fr/>).

C'est tout l'enjeu de la « Maison Sport-Santé », acteur territorial implanté localement, en matière d'APS à des fins de santé publique, qui a un rôle d'accélérateur de mise en réseau des différents acteurs. La Maison Sport-Santé a pour objectif de favoriser un mode de vie actif tout au long de la vie en concourant, notamment, au parcours de santé des patients en ALD.







La vocation d'une « Maison Sport-Santé » est de lutter contre la sédentarité, le manque d'activité physique et sportive en permettant un accès à tout public sur l'ensemble du territoire, inscrite dans une démarche « qualité-sécurité » reconnue.

## L'engagement

En qualité de représentant de la Maison Sport-Santé .....

Je m'engage à respecter les éléments énoncés dans le cadre du cahier des charges.

### En tant que gestionnaire de la Maison sport-santé, je m'engage à la mise en œuvre des missions suivantes :








-  Permettre un accueil individuel des personnes souhaitant pratiquer une activité physique (en lien selon les cas avec un professionnel de santé) afin qu'un programme sport-santé personnalisé puisse être défini ;
-  Sensibiliser, informer, conseiller les personnes sur les bienfaits de la pratique d'activité physique et sportive à des fins de santé et participer à la promotion d'un mode de vie actif ;
-  Orienter et accompagner les personnes vers une activité adaptée à leurs besoins (type d'activité sportive, lieu de pratique et créneaux horaires) ;
-  Mettre à disposition du public l'information sur les offres existantes de pratique d'APS/ APA dans l'environnement géographique local, après avoir identifié les compétences mobilisables ;
-  Assurer la mise en place d'une évaluation des capacités physiques ainsi que des motivations de la personne accueillie afin de proposer un programme sport-santé personnalisé ;
-  Suivre l'engagement des patients dans le programme sport-santé personnalisé à des fins thérapeutiques tout au long de leur parcours de soin, au travers d'un suivi régulier afin d'anticiper sur la sortie du programme vers une pratique régulière autonome.

13. La sédentarité est définie par une situation d'éveil caractérisé par une dépense énergétique faible (inférieure à 1,6 MET) en position assise ou allongée. La sédentarité, ou le comportement sédentaire, se distingue de l'inactivité physique, et a des effets délétères indépendants de celle-ci sur la santé.






14. L'inactivité physique est définie comme une pratique d'activité physique modérée à élevée inférieure à un seuil recommandé. Pour l'OMS, ce sont de 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au minimum cinq fois par semaine pour les adultes (18-64 ans), 60 minutes par jour pour les enfants et les adolescents (5-17 ans) et au moins 30 minutes par jour au moins 5 jours par semaine pour les personnes de plus de 64 ans.

15. Rapport Inserm 2008

**En tant que gestionnaire de la Maison sport-santé, je m'engage à ce que soient assurées les modalités de fonctionnement suivantes :**

-  Mettre en adéquation l'offre de service de la structure avec les besoins du territoire couvert ;
-  Mettre en place une démarche qualité / sécurité et respecter la réglementation en vigueur au sein de la structure ;
-  Créer et animer un réseau d'acteurs pluri-professionnels et pluridisciplinaires afin de mobiliser les compétences nécessaires et ainsi favoriser la mise en place de programmes sport-santé personnalisés ;
-  Associer les usagers à l'évaluation des activités mises en place (mise en réseau, information, définition et mise en œuvre du programme sport-santé personnalisé) ;
-  Développer et partager les modalités d'évaluation ainsi que les résultats relatifs à l'accompagnement des personnes ;
-  Respecter les dispositions réglementaires relatives aux conditions d'encadrement contre rémunération, au certificat médical d'absence de non contre-indication à la pratique sportive, à l'aménagement et à l'utilisation des équipements sportifs quand ils sont présents au sein de la Maison Sport-Santé ;
-  Respecter la réglementation fixant le cadre de la dispensation d'une APA à des patients en affection de longue durée :
  - Décret n° 2016-1990 du 30/12/2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée
  - Instruction du 3/03/2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

**S'agissant du programme sport-santé personnalisé proposé par la Maison sport-santé, je m'engage à :**

-  Veiller à ce que l'évaluation des capacités physiques de la personne soit conduite par les professionnels compétents ;
-  Assurer que l'entretien motivationnel, s'il a lieu, est conduit par des personnels formés à cette méthode spécifique ;
-  Assurer la bonne adéquation entre la pratique proposée et les besoins et attentes de la personne ;
-  Proposer une offre de pratique d'APS/APA sur place, par des encadrants compétents ou orienter le public vers une offre d'APS/APA au sein d'une structure partenaire du réseau ;
-  Assurer le suivi des personnes accueillies, les patients pratiquant une APS à des fins thérapeutiques notamment.

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du cahier des charges relatif aux « Maisons Sport-Santé » et m'engage à respecter les différentes conditions et principes énoncés.

Fait à ....., le .....

(Nom du signataire, signature et cachet)

- **Annexe 4 – Supports type pour l'évaluation de la condition physique et le bilan motivationnel**

**Support type « Evaluation de la condition physique ».**

(Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes, HAS, Septembre 2018)

## **Annexe 4. Évaluation de la condition physique**

La condition physique est la capacité générale à s'adapter et à répondre favorablement à l'activité physique.

L'évaluation en soins primaires de la condition physique comprend des mesures anthropométriques et des estimations, par des tests en environnement, de la capacité cardio-respiratoire, des aptitudes musculaires, de la souplesse du corps et de l'équilibre du patient. Une mesure plus précise de la capacité cardio-vasculaire du patient peut être obtenue par la réalisation d'une épreuve d'effort maximale ou sous-maximale.

### **1. Les mesures anthropométriques**

Elles comprennent en routine les mesures du poids, de la taille et du périmètre abdominal, et le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC).

#### **L'indice de masse corporelle (IMC)**

L'IMC est obtenu en divisant le poids en kilogramme par la taille en mètre au carré. Il s'exprime en kg par m<sup>2</sup> (Cf. Référentiel d'aide à la prescription d'AP et sportive, Surpoids et Obésité).

Il est prédictif du pourcentage de masse grasse corporelle et des risques associés pour la santé. Mais cette mesure ne tient compte ni de l'âge, ni du genre, et fournit donc une donnée approximative du surpoids ou de l'obésité.

Un  $IMC \geq 30$  est associé à une augmentation du risque d'hypertension artérielle, d'apnée du sommeil, de diabète de type 2, de maladies CV, de certains cancers et de mortalité. Il existe aussi une augmentation du risque de mortalité chez les patients maigres avec un  $IMC < 18,5$ .

#### **Le périmètre abdominal**

La circonférence de l'abdomen est mesurée en centimètres à l'aide d'un mètre ruban à mi-chemin entre la 12<sup>e</sup> côte et la crête iliaque, les pieds légèrement séparés et en expiration normale. Elle définit l'obésité centrale (Cf. Référentiel d'aide à la prescription d'AP et sportive, Surpoids et Obésité).

Le périmètre abdominal permet d'estimer l'excès de graisse abdominale, qui définit l'obésité androïde centrale ou abdominale qui est associée à des risques plus élevés d'HTA, de diabète de type 2, de dyslipidémie, de syndrome métabolique, de maladies cardio-vasculaires et de mort prématurée, comparativement à des individus avec une obésité gynoïde (distribuée au niveau des hanches et des cuisses).

#### **Autres techniques**

La quantité de graisse corporelle peut être mesurée par impédancemétrie (balance avec estimation de la masse grasse). Mais les programmes des appareils du commerce n'utilisent pas des équations valides et fiables pour les populations testées, et leur précision est limitée, en particulier chez les personnes obèses qui ont une distribution de l'eau corporelle différente comparées aux individus de poids normal.

La quantité de graisse corporelle peut aussi être estimée par la mesure des plis cutanés qui est représentative de la quantité de graisse du tissu sous-cutané, qui est elle-même proportionnelle à la masse grasse totale du corps. Différentes équations sont utilisées pour ce calcul qui varie en fonction de l'âge et du sexe. La technique est longue et difficilement utilisable en soins primaires et source d'erreurs en cas d'obésité extrême ou de maigreur extrême.

Il n'existe pas de normes universelles pour la composition corporelle (les tables de référence varient selon les populations en fonction de l'âge et du sexe), même si un pourcentage de masse grasse corporelle de 10 à 20 % pour les hommes et de 20 à 32 % pour les femmes a longtemps été considéré comme optimal pour la santé.

## 2. L'évaluation de la capacité cardio-respiratoire et l'épreuve d'effort

La capacité cardio-respiratoire (CCR), appelée endurance, est la capacité pour les grandes masses musculaires d'effectuer des exercices dynamiques d'intensité modérée à élevée sur des périodes prolongées de temps. Elle dépend de l'état physiologique et fonctionnel de l'ensemble des systèmes cardio-vasculaire, respiratoire et musculo-squelettique de l'individu.

La CCR est considérée comme le reflet de la condition physique liée à la santé car : un bas niveau de CCR est associé à une augmentation marquée de mortalité prématurée toutes causes confondues et spécifiquement par maladies cardio-vasculaires, et l'augmentation de la CCR est associée à une réduction de la mortalité toutes causes confondues.

La consommation maximale d'oxygène ( $VO_2$  max) mesure la CCR. La  $VO_2$  max est le produit du débit cardiaque maximal et de la différence maximale d'oxygénation entre le sang artériel et veineux. En l'absence de pathologie respiratoire associée, les variations interindividuelles de la  $VO_2$  max dépendent en premier lieu des capacités fonctionnelles cardiaques et de la capacité des muscles squelettiques à utiliser l'oxygène qui leur est délivré par la circulation. Ceci explique le fort retentissement du déconditionnement physique, corrélé au niveau habituel d'AP de l'individu, sur la  $VO_2$  max et donc la CCR.

La  $VO_2$  max est calculée au mieux lors d'une épreuve d'effort (EE) maximale par l'analyse de la ventilation et des gaz expirés par le sujet. Le plus souvent en clinique, la  $VO_2$  max est estimée lors d'une EE sous-maximale, à partir de l'analyse de la fréquence cardiaque associée à un niveau d'effort, ou lors d'une EE maximale sans analyse des échanges gazeux, à partir de la puissance maximale d'effort soutenue.

### L'épreuve d'effort (EE)

L'épreuve d'effort maximal ou sous-maximal peut être utilisée en clinique dans un but diagnostique, pronostique ou d'évaluation thérapeutique. Elle aide aussi à la prescription d'un programme d'AP adaptée. Elle permet alors de préciser individuellement la puissance maximale tolérée et de déterminer le niveau d'exercice pour lequel l'essoufflement devient marqué (c'est-à-dire le seuil ventilatoire au-delà duquel l'intensité de l'exercice devient élevée).

Lors d'une EE, on réalise habituellement : un enregistrement continu de l'ECG, de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, et un recueil de « l'effort perçu » (échelle de Borg) et des signes et les symptômes subjectifs (dyspnée, douleurs, etc.) ressentis par le patient. La mesure continue de la saturation en oxygène est aussi utile en cas de pathologie respiratoire afin de rechercher une désaturation à l'exercice.

### Le test d'endurance en environnement

Il existe une corrélation entre la  $VO_2$  max mesurée et la performance à des tests en environnement. Ces tests, dont la technique de réalisation doit être rigoureuse, peuvent donc être utilisés pour évaluer la CCR du patient et aider à la prescription d'un programme d'AP adaptées.

**Le test de marche de 6 min (TM6)** est le test le plus couramment utilisé. Il est prédictif de mortalité et de morbidité. Mais il peut aussi être utilisé pour évaluer la CCR chez les patients âgés et chez certains patients atteints de maladies chroniques.

Il mesure la plus grande distance parcourue en 6 min de marche autour de deux plots séparés de 30 m. Cette distance parcourue est comparée aux valeurs théoriques normales pour l'âge, le sexe, la taille et le poids, et à la valeur de la limite inférieure de normalité, à partir des équations suivantes :

**DISTANCE THÉORIQUE NORMALE :**

- pour un homme =  $[7,57 \times \text{taille (cm)}] - [1,76 \times \text{poids (kg)}] - [5,02 \times \text{âge (ans)}] - 309$
- pour une femme =  $[2,11 \times \text{taille (cm)}] - [2,29 \times \text{poids (kg)}] - [5,78 \times \text{âge (ans)}] - 667$

Limite inférieure de normalité = distance théorique normale - 153

### 3. L'évaluation des aptitudes musculaires

La force musculaire est la capacité du muscle à exercer une force. L'endurance musculaire est la capacité du muscle à continuer à exercer des efforts successifs ou de nombreuses répétitions. La puissance musculaire est la capacité du muscle à exercer une force par unité de temps (vitesse).

Traditionnellement, les tests qui permettent quelques (< 3) répétitions d'une tâche avant d'atteindre une fatigue musculaire momentanée sont considérés comme des évaluations de la force musculaire, ceux qui permettent de nombreuses (> 12) répétitions sont considérés comme évaluant l'endurance musculaire.

Les tests de la fonction musculaire sont très spécifiques du groupe musculaire testé, du type d'équipement et de l'amplitude articulaire. Il n'existe pas de test pour évaluer la totalité de l'endurance ou de la force musculaire du corps. Mais les résultats des tests permettent d'identifier la faiblesse de certains groupes musculaires ou des déséquilibres entre groupes musculaires.

La force statique ou isométrique est mesurée en utilisant des dispositifs incluant des câbles tensiomètres et des poignées de mains dynamomètres. La force maximale mesurée par ces tests est dénommée contraction volontaire maximale (CMV).

La force dynamique est mesurée par la répétition maximale (1-RM), qui est la plus grande résistance que l'on peut mouvoir une seule fois à travers la plus grande amplitude de mouvement d'une manière contrôlée avec une bonne posture. Le 1-RM est un indicateur fiable de la force musculaire.

Les tests utilisant des RM multiples de 4 ou 8 RM sont souvent utilisés pour mesurer la force musculaire et fournissent une estimation fiable du 1-RM. Chez les personnes âgées, déconditionnées ou atteintes d'une maladie chronique, l'évaluation de la force musculaire avec des tests de 10 à 15 RM est plus prudente et se rapproche des recommandations d'entraînement.

L'évaluation générale de la force musculaire comprend : une mesure ou estimation du 1-RM pour la partie haute du corps avec une poussée sur banc de musculation et une mesure ou estimation du 1-RM pour le bas du corps avec une poussée des jambes ou d'extension des jambes.

L'endurance musculaire est mesurée par la capacité d'un groupe de muscles à exécuter des actions musculaires répétées ou pour maintenir un pourcentage spécifique de 1-RM pendant une période de temps suffisant pour provoquer une fatigue musculaire.

#### Les tests des capacités musculaires en environnement

Ces tests en environnement permettent d'estimer les capacités musculaires (force et endurance musculaires) des groupes musculaires des membres inférieurs, des membres supérieurs et de la ceinture lombo-abdominale.

Lors de ces tests, on mesure le nombre maximum de mouvements que l'individu peut répéter sans repos et on le compare à des valeurs de référence.



POUR LA PARTIE SUPÉRIEURE DU CORPS	
<b>Test de lever de chaise sur 1 min</b>	<p>Il mesure le nombre de relevés de chaise sans l'aide de ses mains, effectué en 1 min.</p> <p>Il évalue la force et l'endurance des muscles quadriceps.</p> <p>Un nombre inférieur à la normale théorique est témoin d'une perte de masse musculaire de ce groupe musculaire.</p>
POUR LA MUSCULATURE DE LA CEINTURE ABDOMINALE	
<b><i>Curl-up test</i></b> <b>(ou <i>sit-up test</i> ou <i>crunch test</i>)</b>	<p>Il mesure le nombre de relevés du tronc en position allongée au sol sur 1 min.</p> <p>Il évalue la force et l'endurance musculaire des muscles abdominaux et des muscles fléchisseurs des hanches. Ces muscles jouent un rôle important pour le soutien du dos et la stabilité du tronc.</p>
POUR LA MUSCULATURE DU HAUT DU CORPS (ÉPAULES ET MEMBRES SUPÉRIEURS)	
<b><i>Push-up test</i></b>	<p>Il mesure le nombre maximum de « pompes » réalisé sans s'arrêter. Il évalue la force et l'endurance des muscles du haut du corps.</p>
<b><i>Single-arm curl</i></b>	<p>Il mesure le nombre de flexions du coude le long du corps avec un poids ou une résistance.</p> <p>Il évalue la force et l'endurance musculaire des bras.</p>
<b>Test du <i>hand grip</i></b>	<p>Il utilise un dynamomètre ou un ergomètre à bras iso cinétique.</p> <p>Il évalue la force musculaire statique des avant-bras et des mains.</p>

#### 4. L'évaluation de la souplesse

La souplesse est la capacité de mobiliser une articulation sur son amplitude complète. Cette aptitude est importante pour réaliser les activités de la vie quotidienne et des activités sportives. La souplesse dépend de la distensibilité de la capsule articulaire, de la viscosité musculaire, de la qualité des ligaments ou les tendons et d'un échauffement adapté.

La souplesse est spécifique d'une articulation. Les tests en laboratoire quantifient habituellement la souplesse d'une articulation en termes d'amplitude maximale de mouvement (ROM) exprimée en degrés et mesurée à l'aide d'un goniomètre. Il n'y a pas un test de souplesse capable d'évaluer la souplesse de l'ensemble du corps. Une évaluation globale de la souplesse du corps comprend, en général, les mesures de la flexion du cou, du tronc, de la hanche, des extrémités inférieures et des épaules, et une évaluation posturale.

##### Les tests de souplesse en environnement

Ces tests en environnement permettent d'évaluer la souplesse du haut et du bas du corps. Lors de ces tests, les valeurs obtenues sont comparées à des valeurs de référence.

LA SOUPLESSE DU BAS DU CORPS	
<p><b>Sit-and-reach test</b>  (test de flexion du tronc)</p>	<p>Allongé au sol ou à défaut assis sur une chaise, fléchir le corps et avec les mains toucher les orteils.</p> <p>Il évalue la souplesse des ischio-jambiers et, dans une moindre mesure, la souplesse du bas du dos. La souplesse des ischio-jambiers intervient dans les activités de la vie quotidienne et les performances sportives. De plus, une faible flexibilité du bas du dos ou de la hanche, associée à une faible force et endurance musculaire abdominale semble contribuer au développement de douleurs « lombaires ».</p>
LA SOUPLESSE DU HAUT DU CORPS (ÉPAULES)	
<p><b>Test de souplesse des épaules</b></p>	<p>Effectuer quelques mouvements articulaires et circulaires des épaules de manière à vous échauffer un peu. Puis, debout, essayer d'aller toucher vos doigts à l'arrière de votre dos en passant la main droite par-dessus l'épaule et la main gauche par-dessous. Relever la valeur qui sépare les doigts des deux mains. Procéder de la même manière en changeant de côté. Relever la valeur et garder la meilleure des deux.</p> <p>(NB: Quand la valeur est positive, c'est que vous arrivez à vous toucher les doigts dans le dos. Quand la valeur est négative, c'est que vous ne parvenez pas à toucher vos doigts dans le dos).</p> <p>Il évalue la souplesse des ceintures scapulaires.</p> <p>Un manque de souplesse peut avoir des conséquences dans la vie quotidienne pour effectuer des gestes aussi simples qu'agrafer son soutien-gorge, enfiler un manteau, etc.</p>

## 5. L'évaluation de l'équilibre

La fonction d'équilibration vise au maintien de l'équilibre lors de la station debout ou assise (**équilibre statique**) et lors des déplacements (**équilibre dynamique**).

Le contrôle de l'équilibre statique et dynamique s'élabore sur un ensemble de stratégies sensorielles et motrices. Elle mobilise les systèmes visuel, vestibulaire et proprioceptif, ainsi que le système musculo-squelettique.

### Les tests d'équilibre en environnement

<p><b>Le test d'appui unipodal</b></p>	<p>Le patient est pieds nus ou avec une chaussette. Il se met en équilibre sur un pied (de son choix) et ferme les yeux. On chronomètre la durée de maintien de la posture avec les yeux fermés, sans petit saut ou déplacement du pied d'appui.</p> <p>On réalise trois fois ce test sur le même pied et on retient la plus grande des trois durées.</p>
<p><b>Le test Tandem</b></p>	<p>Le patient marche le long d'une ligne droite de 5 mètres marquée au sol. On mesure le nombre d'écarts (de déséquilibres) du patient.</p>



## Support d'introduction à l'« entretien motivationnel »

(Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes HAS, Septembre 2018)

### 6. Le suivi de la prescription d'activité physique par le médecin

C'est en général à l'occasion des différentes consultations de suivi d'une (des) pathologie(s) de son patient que le médecin assure le suivi de sa prescription d'AP.

Lors de ces consultations, il doit réserver un temps d'échanges dédiés à l'AP, afin d'adapter et de sécuriser la prescription d'AP, de motiver le patient et améliorer son degré d'adhésion du patient au programme d'AP.

Les résultats obtenus par l'AP sur la santé sont souvent l'occasion pour le médecin d'aborder avec son patient les autres facteurs de risque pour la santé et leur prévention, comme l'arrêt du tabac et une alimentation équilibrée.

**Ces temps d'échanges dédiés au suivi de la prescription d'AP** permettent de :

- juger de la tolérance du patient à l'AP prescrite ;
- évaluer l'adhésion à la prescription d'AP ;
- renforcer la motivation du patient, en valorisant tous les progrès obtenus : augmentation du volume d'AP régulière, amélioration de la santé, de la condition physique et de l'autonomie, amélioration de la qualité de vie ;
- adapter la prescription d'AP à l'évolution de la condition physique et à l'état de santé du patient ;
- adapter la supervision de l'AP, avec pour objectif d'accompagner le patient vers un style de vie physiquement plus actif, en sécurité, en toute autonomie (dans la mesure du possible) et sur le long terme (toute sa vie).

**Le contenu de ces temps d'échanges** doit être adapté :

- aux points de vigilance repérés lors de la consultation médicale d'AP initiale ;
- à la tolérance de l'AP prescrite, et à d'éventuelles blessures et autres événements indésirables ;
- au degré d'adhésion du patient à la prescription d'AP ;
- aux objectifs de la prescription, en particulier à la pathologie chronique ciblée.

**La fréquence de ces temps d'échanges** doit être adaptée :

- à la pathologie chronique ciblée ;
- aux caractéristiques des AP prescrites (intensité élevée ou non, volume et progression) ;
- au profil du patient (âge, condition de physique, capacités fonctionnelles et cognitives, comorbidités, niveau de risque CV, aux autres risques à l'AP et comportements à risque) ;
- à la qualité de l'entourage (isolement socio-familial, entourage sécuritaire ou non) ;
- au degré d'organisation du parcours de santé pluri professionnel centré sur la prescription d'AP, en particulier la fréquence régulière, et à la qualité des échanges entre les professionnels de l'AP et le médecin prescripteur, qui devront être clairement définis.

### L'entretien motivationnel (HAS)

L'entretien motivationnel est une façon d'être avec nos patients, particulièrement utile en médecine générale lorsqu'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments...). Il se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer.

De plus, il est bien établi que les facteurs de risque sont souvent multiples chez la même personne, et il est difficile quelquefois de choisir ou faire porter les efforts sur un facteur en particulier, du point de vue du médecin comme du point de vue du patient (1).

L'entretien motivationnel est un outil d'accompagnement de nos malades chroniques dans le changement, pour :

- soutenir un désir de changement ;
- comprendre et gérer les processus de changement, l'ambivalence (indécisions qui accompagnent les doutes sur le caractère souhaitable ou faisable d'un changement), la résistance ;
- reconnaître, susciter, soutenir les désirs de changement ;
- augmenter la motivation au changement ;
- augmenter ses capacités d'écoute active, d'empathie.
- influencer favorablement le résultat de conseils ou de prescriptions.

Basée sur l'écoute active et une attitude empathique, l'approche motivationnelle propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Elle tient compte des perceptions du risque par le patient. Elle assure aux discussions une atmosphère positive et détendue, et montre des résultats très encourageants.

L'entretien motivationnel est donc à la fois un esprit et une pratique de l'entretien, qui augmente, de façon bien démontrée, l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer : modification d'une consommation, d'une prise de risque, observance thérapeutique, etc.

L'entretien motivationnel s'est d'abord développé au cours des années 80 aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Il a été créé par deux psychologues, William Miller, qui exerce et enseigne à l'université du Nouveau-Mexique, et Stephen Rollnick, qui travaille dans le département de psychologie médicale de l'université de Cardiff (pays de Galles). Leur ouvrage paru en 1991 (et renouvelé dans une deuxième édition en 2002) a suscité un grand intérêt parmi les praticiens et les chercheurs. Ses applications ont tout d'abord concerné les addictions, et en particulier le traitement des dépendances à l'alcool, au tabac ou aux drogues illicites, puis se sont étendues à toutes les situations d'« accompagnement au changement ».

L'ouvrage de référence de Miller et Rollnick est désormais disponible en français.

1 Lécallier D et Michaud P. Entretien motivationnel : comment parler d'alcool ? Revue du praticien Médecine générale ; Tome 20 :744-45

2. Miller W et Rollnick S. L'entretien motivationnel. Paris Dunod-inter-éditions 2006.

3 Laperche J : Promotion de la santé : quel rôle pour le médecin généraliste ? La santé de l'homme 392 | Novembre - Décembre 2007 |

Pages 46-8



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**MINISTÈRE  
CHARGÉ DES SPORTS**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*