

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement par

Léa LEFRANCQ

Le 26 juin 2023

**Intérêt de la prescription d'activité physique par le médecin généraliste
dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des maisons de santé
pluriprofessionnelles en Ariège, Aude et Haute-Garonne**

Directeur de thèse :

Dr Marc COURADET

JURY :

Madame la Professeure	Marie-Eve ROUGE-BUGAT	Présidente
Monsieur le Professeur	Yves ABITTEBOUL	Assesseur
Monsieur le Docteur	David PIPONNIER	Assesseur
Monsieur le Docteur	Marc COURADET	Assesseur

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

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENOUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHE Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Readaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GRDLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Steir	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale
M. MESTHÉ Pierre
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeurs Associés

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BOYER Pierre
M. CHICOULAA Bruno
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Annie
Mme LATROUS Leïla
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements aux membres du jury :

A Madame Marie-Eve ROUGE-BUGAT, Professeure des Universités, médecin généraliste.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur Yves ABITTEBOUL, Professeur Associé, médecin généraliste.

Je vous remercie d'avoir accepté d'honorer ce travail de votre attention en acceptant de participer à ce jury de thèse. Je vous remercie également pour vos précieux conseils. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon admiration.

A Monsieur David PIPONNIER, Maître de Conférence Associé, médecin généraliste.

Je te remercie d'avoir accepté mon invitation à ce jury de thèse et de m'avoir conseillée dans l'élaboration de ce travail. J'aimerais te manifester toute mon estime ; pour tes qualités de médecin, pour la maîtrise de toutes les facettes de notre spécialité et pour ton investissement dans la formation des internes de médecine générale. Au-delà du cadre de cette thèse, je te remercie pour ta bienveillance et de m'avoir chaleureusement accueillie, encadrée et formée la dernière année de mon internat. Je ne peux que t'exprimer ici une immense gratitude ainsi que mon affection la plus sincère.

A Monsieur Marc COURADET, Maître de stage universitaire, médecin généraliste.

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je te remercie chaleureusement d'avoir encadré ce travail avec pertinence, patience et bienveillance. J'aimerais aussi te remercier pour ta confiance et tes enseignements précieux lors de mon stage d'internat. En tant que médecin, je ne peux qu'admirer ton dévouement et tes compétences exceptionnelles en médecine générale. Sois assuré de ma profonde estime, ma reconnaissance et de toute mon affection. Je vais sincèrement regretter cette période où en plus de travailler sur la thèse, nous philosophions sur l'exercice de la médecine générale et son avenir.

Remerciements personnels :

A ma famille. A mon père et la fierté que je vois dans ses yeux. A ma mère et son soutien indéfectible. A ma sœur qui me comprend si bien. A mon frère qui sait toujours comment me faire rire. A ma belle-maman qui n'a cessé de croire en moi. Je me sens très chanceuse de vous avoir auprès de moi. Avec le reste de notre grande famille, vous m'avez apporté beaucoup de soutien et de réconfort durant ces longues années d'études.

A mes amis. A Marie, Aurélie et Anaïs. Mes amies d'enfance. Mes piliers qui me connaissent comme personne. Merci d'être qui vous êtes et de me rappeler qui je suis en dehors de la médecine.

Aux « Bébé Docs » maintenant appelés « Mini-médecins ». Ma bande, mon Crew de carabins. Merci d'avoir mis des paillettes dans ma vie d'étudiante et d'avoir toujours été là pour moi. Il me tarde de voir ce que l'avenir nous réserve et de le partager ensemble.

A tous mes super co-internes. Mes partenaires des urgences de Carcassonne et nos fous rires nerveux pendant les gardes de 24H. Les Saint-Gaudinois à la coloc' avec nos chorégraphies de danse et nos pâtisseries pour survivre au confinement. Mes compagnons du service d'addictologie et nos 36 pauses café.

Aux professionnels de santé. A tous mes maitres de stage ambulatoire que je n'ai pas déjà cités : Le Dr Bertrand VALDEYRON, Le Dr Emilie DEUHILLE, le Dr Michèle AMARDEIL, le Dr Guillaume PINEL, le Dr Alain HARTERT, le Dr Christian FABIE. Vous m'avez appris. Vous m'avez inspirée. Vous m'avez fait confiance. Merci infiniment. Je remercie également vos époux et épouses qui m'ont généreusement nourrie.

A tous ceux qui m'ont accompagnée dans mon cursus en ville comme à l'hôpital. Les infirmiers, les aides-soignants, les médecins spécialistes, les secrétaires et tous les autres. Merci de votre bienveillance et de m'avoir tant appris.

Enfin je dédicace cette thèse à mon mari, ma personne préférée sur cette planète. Tu étais là lors de mes premiers pas à la fac. Tu as tout vécu avec moi. Ma passion dévorante pour la Médecine. La fierté de mes réussites. L'anxiété face aux incertitudes. L'épuisement physique. L'épuisement psychique. Tu as tout vu. Tu m'as portée. Tu m'as aimée. Tu as même grandement participé à ce travail de thèse dans l'ombre. Maintenant, nous y sommes. Cette dernière étape terminée, nous allons enfin pouvoir vivre la vie dont nous rêvons tous les deux.

TABLE DES MATIÈRES

<u>I. INTRODUCTION</u>	4
A. DÉFINITIONS	4
B. CONSÉQUENCES EN SANTÉ	5
1. EFFETS DE LA SÉDENTARITÉ ET DE L'INACTIVITÉ PHYSIQUE	5
2. EFFETS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	6
C. RECOMMANDATIONS	7
D. POLITIQUE DE SANTÉ	9
1. PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR LE TERRITOIRE	9
2. EXERCICE COORDONNÉ	9
E. PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE	10
1. QUELS SONT LES FACTEURS LIMITANT LA PRESCRIPTION ?	11
2. DIFFÉRENTES PISTES POUR FACILITER LA PRESCRIPTION	12
F. JUSTIFICATION DU TRAVAIL DE RECHERCHE	16
G. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	17
<u>II. MATÉRIEL ET MÉTHODE</u>	18
A. TYPE D'ÉTUDE	18
B. POPULATION CIBLE	18
1. CRITÈRES D'INCLUSION	18
2. CRITÈRES DE NON-INCLUSION	18
3. MÉTHODE D'EXCLUSION	19
4. RECENSEMENT DE LA POPULATION D'ÉTUDE	19
C. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	20
D. DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES	21
E. RECUEIL DES DONNÉES	21
F. ANALYSE DES DONNÉES	22
<u>III. RÉSULTATS</u>	23
A. DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ÉTUDE	23
B. CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	24

C. PRATIQUES ET OPINION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	24
1. UTILITÉ DE LA PRESCRIPTION	24
2. PRESCRIPTION ÉCRITE ET CONSEILS ORAUX	25
3. QUESTIONS SPÉCIFIQUES AUX MÉDECINS	26
D. INTÉGRATION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LES PROJETS DE SANTÉ	27
1. MAISON DE SANTÉ AVEC PROJETS DE SANTÉ AUTOUR DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	27
2. MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE SANS PROJET AUTOUR DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	30
E. INTÉRÊT D'UN GUIDE ET D'UN MODÈLE DE PRESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	31
<u>IV. DISCUSSION</u>	<u>31</u>
A. OBJECTIF PRINCIPAL	31
B. OBJECTIFS SECONDAIRES	33
C. LIMITES DE L'ÉTUDE	34
1. POPULATION ÉTUDIÉE	34
2. ANALYSE DES DONNÉES	35
D. FORCES DE L'ÉTUDE ET PERSPECTIVES	36
<u>V. CONCLUSION</u>	<u>37</u>
<u>VI. BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>38</u>
<u>VII. ANNEXES</u>	<u>42</u>
A. ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE	42
B. ANNEXE 2. GUIDE DE PRESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	50
C. ANNEXE 3. MODÈLE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE	62
D. ANNEXE 4. AFFICHE DE DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	63

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 : BÉNÉFICES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE. OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DE LA SÉDENTARTIÉ. (11).....	6
FIGURE 2 : COURBE DOSE-RÉPONSE DES BÉNÉFICES POUR LA SANTÉ DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EN FONCTION DE LA DURÉE HEBDOMADAIRE PRATIQUÉE.....	8
FIGURE 3 : PROFILS LIÉS À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET À LA SÉDENTARITÉ	8
FIGURE 4 : FINANCEMENT MÉDIAN DES DISPOSITIFS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR PRESCRIPTION EN FONCTION DES PARTENAIRES FINANCIERS ET DE L'ÉCHELLE DES DISPOSITIFS	13
FIGURE 5 : CARTE DES DISPOSITIFS RECENSÉS EN OCCITANIE SELON LEUR ÉCHELLE (36)	14
FIGURE 6 : GRILLE COMMUNALE DE DENSITÉ 4 NIVEAUX, OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES ANCT 2023	19
FIGURE 7 : CONNAISSANCE DE LA POSSIBILITÉ DE PRESCRIRE UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE EN GÉNÉRAL ET DANS LA PRISE EN CHARGE DE PATHOLOGIES CHRONIQUES EN ALD, HORS ALD ET EN PRÉVENTION PRIMAIRE DEPUIS LA LOI DE MARS 2022. EXPRIMÉ EN POURCENTAGE DE RÉPONSES AFFIRMATIVES.....	24
FIGURE 8 : PERCEPTION PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DES NOUVELLES INDICATIONS DE LA PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE DEPUIS LA MODIFICATION DE LOI EN 2022. EXPRIMÉS EN POURCENTAGE DE RÉPONSES.	25
FIGURE 9 : VALEURS AJOUTÉES D'UNE ORDONNANCE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE PAR RAPPORT À DES CONSEILS ORAUX SELON LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN MSP. EXPRIMÉES EN POURCENTAGE DE RÉPONDANTS AYANT COCHÉ L'ITEM.....	25
FIGURE 10 : RAISONS INVOQUÉES POUR LA NON-VALEUR AJOUTÉE D'UNE ORDONNANCE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE PAR RAPPORT À DES CONSEILS ORAUX SELON LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN MSP. EXPRIMÉES EN POURCENTAGE DE RÉPONDANTS AYANT COCHÉ L'ITEM.....	26
FIGURE 11 : FREINS À LA PRESCRIPTION RESENTIS PAR LES MÉDECINS. EXPRIMÉS EN POURCENTAGES DE RÉPONDANTS AYANT COCHÉ L'ITEM.	26
FIGURE 12 : PROPORTION DE MSP INTÉGRANT UNE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LEURS PROJETS. EXPRIMÉE EN POURCENTAGE DE MSP.....	27
FIGURE 13 : IMPLICATION RESENTIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LES ACTIONS PROMOUVANT L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, SUR UNE ÉCHELLE DE 1 À 5. EXPRIMÉE EN POURCENTAGE DE RÉPONDANTS.....	28
FIGURE 14 : FINANCEMENTS DES PROJETS AUTOUR DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LES MSP. EXPRIMÉS EN POURCENTAGES DE MSP AYANT COCHÉ L'ITEM.	30

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : NOMBRE ET CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONSES INCLUES ET EXCLUES	23
TABLEAU 2 : RÉPARTITION DES PROFESSIONS EXERCÉES	23
TABLEAU 3 : PRESCRIPTEURS DANS LES MAISONS DE SANTÉ EN FONCTION DES PROJETS	27
TABLEAU 4 : PROPOSITIONS AUTOUR DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE FAITES EN INTERNE À LA MSP.....	28
TABLEAU 5 : STRUCTURES EXTERNES SOLlicitÉES DANS LES PROJETS AUTOUR DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LES MSP	29

I. INTRODUCTION

A. Définitions

Le **MET** (Metabolic Equivalent Task) est une unité de mesure de l'intensité de l'activité physique (AP) en valeur absolue, utilisée dans la littérature internationale. 1 MET correspond par définition au métabolisme de repos (1).

Le **sédentarité** (ou le comportement sédentaire) est définie « comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 MET. Elle correspond au temps passé assis ou allongé sans autre activité physique entre le lever et le coucher, ainsi que la position statique debout (1) (2).

L'**activité physique (AP)** est définie comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, qui entraîne une dépense énergétique supérieure à celle du métabolisme de repos. L'activité physique comprend les AP de la vie quotidienne, les exercices physiques et les activités sportives (1).

L'**inactivité (physique)** caractérise un niveau insuffisant d'AP d'endurance d'intensité modérée et/ou élevée, qui ne respecte pas les recommandations fixées pour la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (3).

Le **sport (ou l'activité sportive)** est une forme particulière d'AP où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles (ou d'attentes) et dans laquelle un objectif, le plus souvent de performance, est clairement défini.

Le **sport-santé** est un sport dont les conditions de pratique ont été adaptées pour répondre aux besoins de publics présentant des vulnérabilités et/ou des besoins spécifiques en lien avec leur état de santé. Il est supervisé par des éducateurs sportifs formés ou des professionnels de l'Activité Physique Adaptée (APA) selon les niveaux de vulnérabilité des publics. La commission médicale du Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) a édité un Médicosport-santé (4) porté par le Vidal (5) pour aider à sa prescription selon l'état de santé de la personne.

L'activité physique adaptée est une AP adaptée aux pathologies, aux capacités fonctionnelles et aux limites d'activités du patient.

Dans le code de santé publique, « on entend par activité physique adaptée, la pratique d'AP basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte » (6).

B. Conséquences en santé

1. Effets de la sédentarité et de l'inactivité physique

Selon l'organisation mondiale de la santé, l'inactivité physique représente le quatrième facteur de risque de mortalité (7). Il est estimé que les personnes ayant une activité physique insuffisante ont un risque de décès majoré de 20 % à 30 % par rapport à celles qui sont suffisamment actives.

La sédentarité représente également, à elle seule, l'un des principaux facteurs de risque de mortalité liée aux maladies non transmissibles (8). Elle est responsable d'une majoration de l'incidence des maladies cardiovasculaires, de cancer et de diabète de type 2 (3).

À l'échelle mondiale, la proportion de personnes inactives représentait 28 % des adultes et 81 % des adolescents en 2016 et continue d'augmenter. Il est estimé qu'entre quatre et cinq millions de décès pourraient être évités chaque année si la population mondiale était plus active physiquement (3).

Du côté de la France, 95% de la population adulte est exposée à un risque de détérioration de la santé par manque d'activité physique ou par un temps trop long passé en position assise, selon un avis de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) datant de janvier 2022 (9).

D'un point de vue économique, le coût social de l'inactivité physique en France est estimé à 140 milliards d'euros par an, correspondant à plus de 38 000 décès et 62 000 pathologies causées chaque année (10).

2. Effets de l'activité physique

A l'inverse, l'activité physique apporte des bénéfices sur la santé en réduisant la mortalité toutes causes confondues et la mortalité cardiovasculaire. Elle est responsable d'une réduction de l'incidence de l'hypertension, du diabète de type 2 et de certains cancers (3). On observe également des bénéfices sur la santé mentale en réduisant les symptômes d'anxiété et de dépression et le risque de troubles cognitifs et de troubles du sommeil (cf **figure 1**) (11).

L'activité physique et sportive est reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2011, après avoir été recommandée par les agences sanitaires et les autorités scientifiques. Dans son rapport, la HAS conclut sur l'importance de redéfinir la notion de traitement. Jusqu'alors, la représentation collective d'un « traitement » était centrée sur l'action médicamenteuse dans une perspective curative. Aujourd'hui, elle doit inclure de manière complémentaire les prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses dans un objectif à la fois curatif et préventif (12).

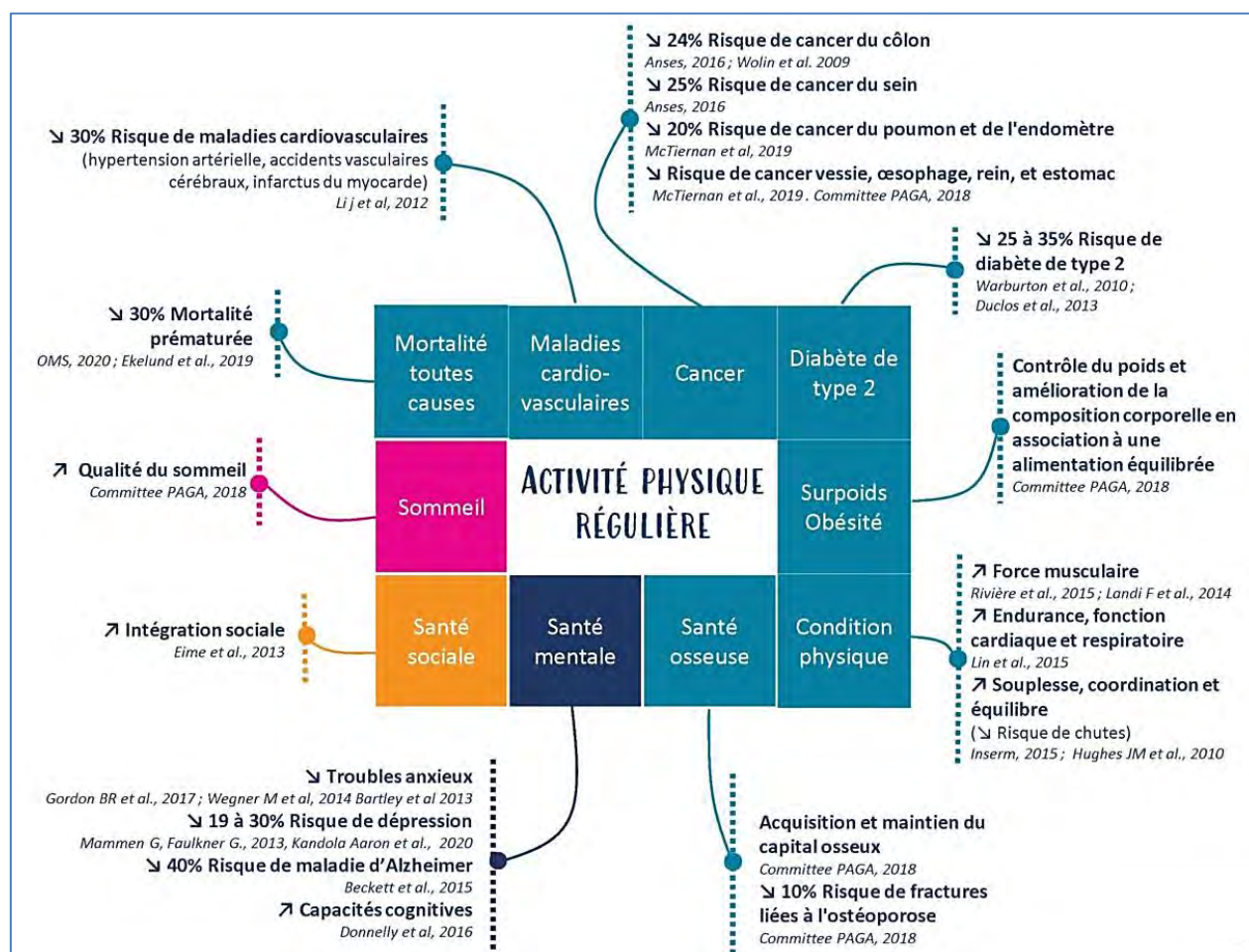


Figure 1 : Bénéfices de l'activité physique. Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentariété. (11)

C. Recommandations

Pour mesurer le temps de sédentarité, la plupart des études se basent sur des données déclaratives concernant le temps passé assis ou le temps passé devant les écrans (13). Les méta-analyses disponibles sur la sédentarité montrent que le risque de mortalité chez les adultes augmente régulièrement avec un temps d'activité sédentaire supérieur à 3h par jour et de façon plus marquée lorsque ce temps dépasse 7h. Ainsi, l'indicateur du niveau de sédentarité est défini en 3 classes : faible (durée totale des activités sédentaires < 3h/j), modéré (3-7h/j) et élevé (> 7h/j) (14).

Il n'est actuellement pas possible de définir une durée maximale quotidienne de temps de sédentarité à ne pas dépasser (15). On ne dispose pas de bases factuelles suffisantes pour formuler des recommandations quantifiées précises concernant la sédentarité (3).

C'est pourquoi l'OMS recommande de limiter au maximum le temps de sédentarité et ce, à tous les âges. Selon son rapport de 2021, remplacer la sédentarité par une activité physique de tout niveau d'intensité (y compris de faible intensité) apporte des bénéfices pour la santé. Par ailleurs, les effets négatifs causés par la sédentarité peuvent être réduits en dépassant les niveaux recommandés d'activité physique d'intensité modérée à soutenue (3).

Concernant les recommandations d'activité physique chez les adultes, l'OMS préconise de pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée hebdomadaire ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente des deux. La relation entre activité physique et bénéfices pour la santé est représentée sur la **figure 2**.

L'OMS recommande également de pratiquer, deux fois par semaine ou plus, des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires.

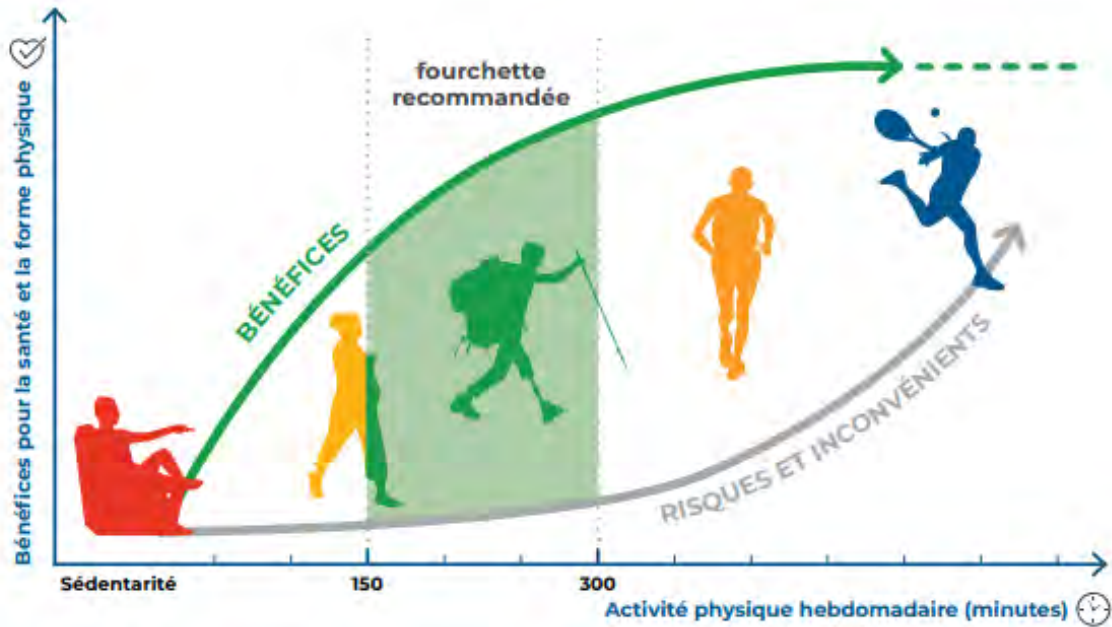


Figure 2 : Courbe dose-réponse des bénéfices pour la santé de l'activité physique en fonction de la durée hebdomadaire pratiquée

Les personnes en dessous de ce seuil sont considérées comme inactives. A l'inverse les personnes respectant ces recommandations sont considérées comme actives et ce, quel que soit leur niveau de sédentarité. On peut être physiquement actif, mais sédentaire (cf. **figure 3**) : ce sont deux enjeux de santé publique distincts (2).

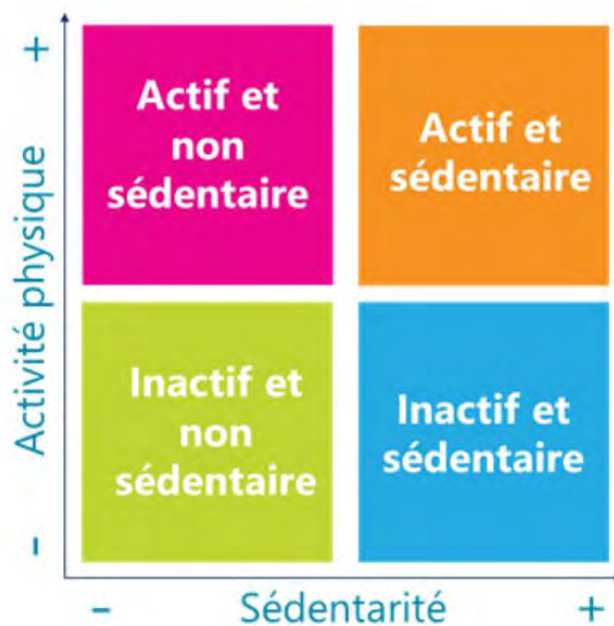


Figure 3 : Profils liés à l'activité physique et à la sédentarité

D. Politique de santé

1. Promotion de l'activité physique sur le territoire

Devant ces enjeux de santé publique, des stratégies nationales ont été mises en place avec notamment le Plan National Nutrition Santé (PNNS) lancé en 2001. Il a pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité (16). Sous sa 4^{ème} forme aujourd'hui, le PNNS de 2019 s'articule désormais avec des plans complémentaires comme la « Stratégie nationale sport santé ». L'ambition de cette dernière est double : réduire l'inactivité physique et la sédentarité pour tous et tout au long de la vie, mais aussi réduire les inégalités d'accès aux activités physiques.

L'OMS relève en effet un accès plus limité aux activités physiques pour les filles, les femmes, les personnes âgées, les personnes à faible statut socioéconomique, les personnes handicapées et souffrant de maladies chroniques, les populations marginalisées, les populations autochtones et les habitants des communautés rurales (17).

Pour répondre à ces ambitions, un des 4 grand axes de la stratégie nationale sport santé est le développement du recours à l'activité physique thérapeutique. Plusieurs objectifs en découlent : favoriser la prescription d'activité physique adaptée, renforcer la coordination interdisciplinaire et déployer les maisons sport-santé sur l'ensemble du territoire. (18)

2. Exercice coordonné

Depuis 20 ans, en parallèle de ces stratégies nationales, un nouveau mode d'exercice voit le jour en soins primaires : l'exercice coordonné. D'un exercice plutôt individuel, les professions de premier recours ont repensé leur organisation en cherchant à travailler collectivement. Ces nouvelles pratiques naissent sous l'effet conjoint des besoins de la population et des professionnels de santé (19).

A partir de 2007, ces derniers peuvent légalement s'organiser de manière structurée, en centre de santé ou en Maison de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

Ce faisant, les professionnels de santé établissent un projet de santé commun. Grâce à une meilleure coordination, ils poursuivent ainsi des objectifs de prévention, d'amélioration de l'état de santé de la population et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (20). Ils peuvent percevoir à ce titre une rémunération spécifique pour ce travail coordonné, encadrée par une forme juridique appelée Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire (SISA).

Les pouvoirs publics ont ainsi une réelle volonté de développer l'exercice coordonné sur tout le territoire et ce, sous toutes ses formes. Ils encouragent l'organisation en Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et soutiennent le développement des MSP dont le nombre est croissant (21). De près de 1 000 MSP en 2017, il en existe 2 251 en mars 2023. Le nouvel objectif seuil annoncé par le ministre de la Santé et de la prévention est d'atteindre 4 000 maisons de santé en France à l'horizon 2027 (22) (23).

E. Prescription d'activité physique

La prescription d'activité physique est inscrite dans la loi depuis 2016 (24). Il est précisé que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une AP adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ».

Un amendement à cette loi est fait le 2 mars 2022 (25). Il vise à démocratiser le sport en France et ouvre cette prescription à l'ensemble des médecins. Il élargit l'indication aux personnes atteintes d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque ou en perte d'autonomie. Il prévoit également une prise en charge par l'assurance maladie de l'APA sur prescription médicale et la possibilité, pour le masseur-kinésithérapeute, de renouveler et adapter les prescriptions médicales initiales d'activité physique adaptée (1).

Bien que les médecins soient convaincus des bienfaits de l'activité physique et la conseillent régulièrement à leurs patients, la prescription reste encore à développer. La délivrance d'une ordonnance écrite d'activité physique est de l'ordre de 20 à 40% sur le territoire français contre 78 à 91% pour les conseils oraux (26) (27) (28) (29) (30).

Pourtant, la délivrance d'une ordonnance écrite est, en elle-même, un facteur de motivation et d'adhésion à l'activité physique pour le patient (1). Particulièrement étudiée au Danemark et en Nouvelle-Zélande, cette prescription aurait en moyenne deux fois plus de chances d'être convertie en actes qu'un conseil oral. Les effets seraient encore majorés lorsque l'objectif et les modalités de l'activité physique sont co-construits avec le patient et qu'ils tiennent compte de ses envies, de ses motivations et de son parcours de soin (29).

1. Quels sont les facteurs limitant la prescription ?

En 2011, le rapport sur les thérapies non médicamenteuses de la Haute Autorité de Santé met déjà en exergue les difficultés rencontrées par les médecins concernant ces prescriptions : le manque de temps à consacrer à chaque patient et des changements de comportements difficiles à accepter et à mettre en œuvre pour les patients (12).

En 2022, après d'avantage d'études sur le sujet, la HAS rapporte 5 freins majeurs à la prescription d'AP par le médecin traitant (1) :

- Son manque de connaissances concernant l'AP et ses impacts sur la santé ;
- Ses craintes vis-à-vis des risques d'évènements cardio-vasculaires graves liés à la pratique d'une AP, en particulier chez les personnes fragiles ou atteintes de maladies chroniques ;
- L'absence de recommandations sur les modalités de consultation et de prescription médicale d'AP ;
- L'absence de parcours de santé structurés pluriprofessionnels centrés sur la prescription d'AP ;
- Le coût pour le patient de cette AP prescrite.

Différents travaux de recherches menés sur le territoire français mettent en lumière d'autres freins ressentis par les généralistes. Le manque de temps avec une obligation de prioriser les soins est évoqué. L'activité physique ne semble pas prioritaire pour des patients polyopathologiques ou complexes, pour lesquels l'approche médicamenteuse est généralement privilégiée. La méconnaissance des offres d'activité physique sur le territoire d'exercice est un autre frein qui limite l'adressage des patients de façon sécuritaire. Les médecins généralistes évoquent également un manque de formation, un manque de

valorisation de cet acte de prescription, des difficultés à motiver les patients et la crainte d'engager leur responsabilité professionnelle en réalisant une telle prescription (31–33) (34).

Enfin, la prise en charge financière par l'assurance maladie de l'activité physique adaptée sur prescription médicale est inscrite dans la loi, mais reste toujours à mettre en œuvre.

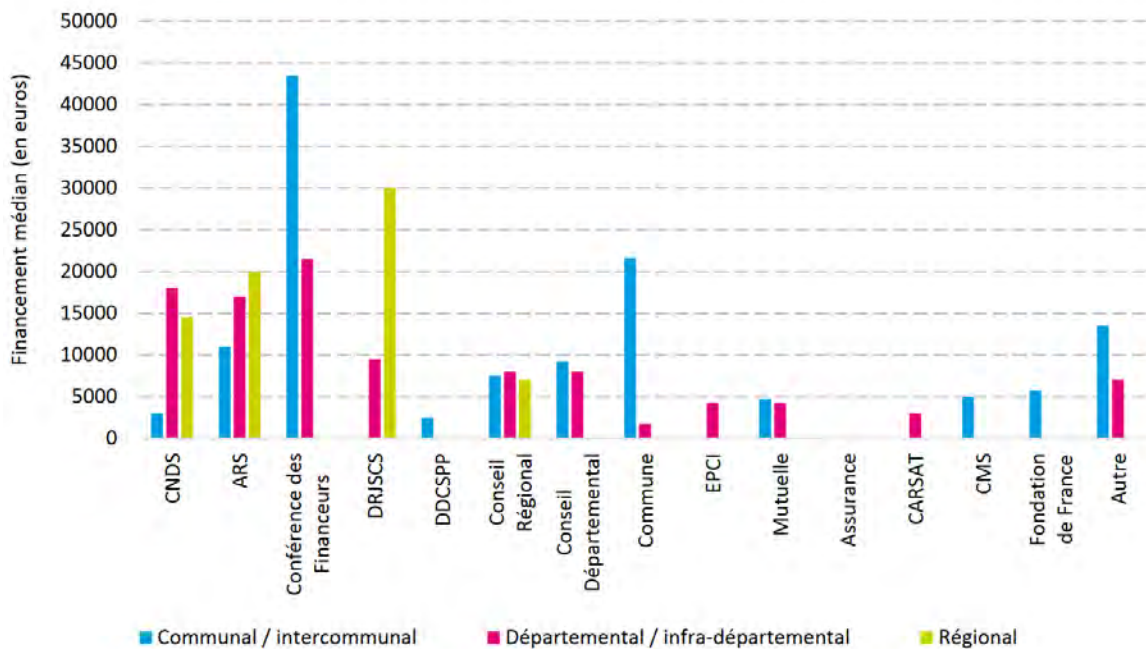
2. Différentes pistes pour faciliter la prescription

La Haute Autorité de Santé mentionne un potentiel levier pour chaque frein qu'elle a recensé. Ainsi, elle publie un guide sur l'AP et la sédentarité, qui a pour objectif de lever le premier frein concernant le manque de connaissance (35). Elle publie un autre guide de consultation et de prescription d'AP chez l'adulte qui traite des freins relatifs aux craintes d'événements cardiovasculaires et à l'absence de recommandations (1). Enfin, la loi de mars 2022 visant à démocratiser le sport en France pourrait lever les freins concernant l'absence de parcours de santé et le coût de la prescription (25).

D'autres mesures ont été proposées par les généralistes, afin de favoriser le recours à cette prescription. Parmi elles, le travail en interdisciplinarité est évoqué pour organiser les prises en charge et pour orienter les patients. Le recensement des offres sur le territoire paraît également essentiel. Les médecins sont également en demande d'outils d'aides à la prescription, synthétiques, simples et pratiques (29) (31–33) (34).

En ce qui concerne le financement, des expérimentations sont en cours. Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, plus de 70 études sont financées sur le thème de l'activité physique pour la santé. Certaines pourraient permettre des financements pérennes à terme (29). En attendant, certaines mutuelles proposent déjà une aide financière aux personnes concernées par cette prescription.

D'autres appuis financiers permettent la subvention de dispositifs d'activité physique sur prescription. L'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS) recense une importante variété de financeurs lors de son état des lieux des dispositifs en 2019, présentée dans la **figure 4** (36).



CNDS = Centre National pour le Développement du Sport ; ARS = Agence Régionale de Santé ; DRJSCS = Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; DDCSPP = Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations ; EPCI = Établissement public de coopération intercommunale ; CARSAT = Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail ; CMS = Centre Médico-Sportif ; Autres = Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Caisse d'allocations familiales (CAF), Union régionale des professionnels de santé (URPS), Associations, Centres Hospitaliers, État (Politique de la Ville)

Figure 4 : Financement médian des dispositifs d'activité physique sur prescription en fonction des partenaires financiers et de l'échelle des dispositifs

a) Dispositifs d'activité physique sur prescription

En plus de la politique générale nationale, des mesures se créent sur le terrain afin de promouvoir la prescription d'AP. Strasbourg, ville pionnière, a ainsi lancé en 2012 son dispositif « sport sur ordonnance ». Une des particularités de ce programme est la gratuité des activités pour les patients. Ce même dispositif a ensuite été étendu à plusieurs communes du réseau français des villes-santé de l'OMS (37).

En Occitanie, 13 dispositifs sont recensés par l'ONAPS en 2019 parmi la centaine existante en France. Ils sont illustrés sur la **figure 5** (36).

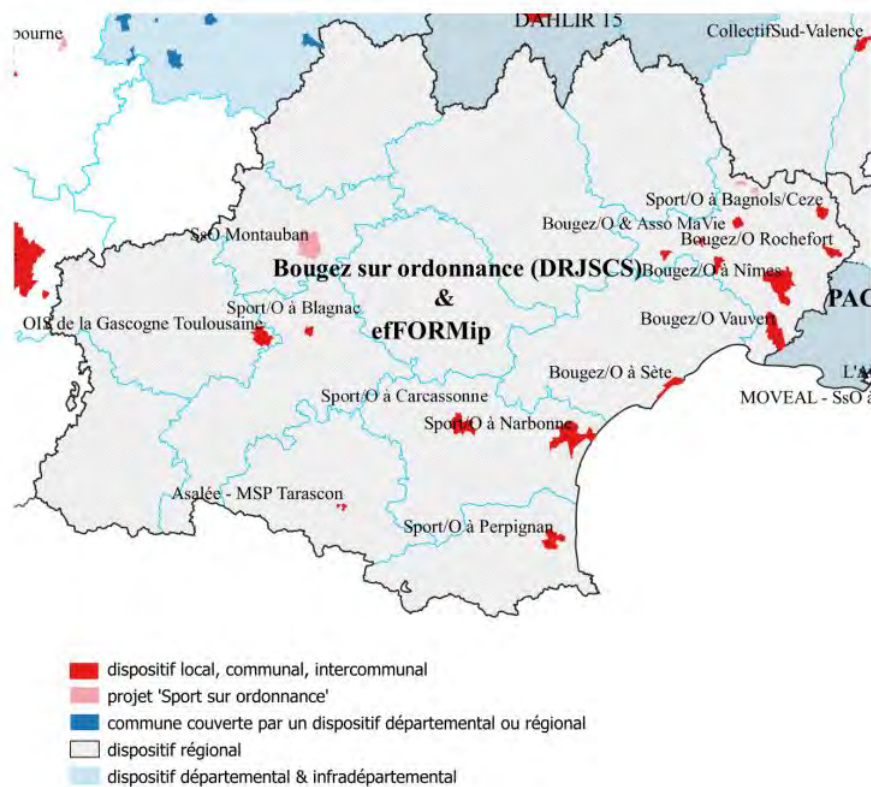


Figure 5 : carte des dispositifs recensés en Occitanie selon leur échelle (36)

Parmi eux, effORMip est une association créée en 2005 et son champ d’action, initialement étendu sur la région Midi-Pyrénées, s’est élargi à toute l’Occitanie et à la Nouvelle-Aquitaine. L’objet de cette association est de développer la prescription d’activité physique pour les personnes atteintes de pathologies chroniques. Elle propose des formations et un accompagnement pour les professionnels de la santé et de l’activité physique, un suivi des patients et une mise en relation entre les différents acteurs via son réseau.

« Bougez Sur Ordonnance », est un dispositif régional en Occitanie. Il est intégré au label des « Villes Vivez Bougez », dispensé par la Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l’Engagement et aux Sports (DRAJES). Les communes sont accompagnées dans la promotion de l’activité physique pour la santé et s’engagent dans le sport santé sur leur territoire, avant d’être labellisées. Le dispositif « Bougez sur ordonnance » offre un ensemble d’outils aux acteurs du territoire : un parcours de santé structuré, des documents ressources d’information et des formations pour les professionnels de santé (32).

Le recensement de 2019 n'évoque pas la Maison Sport-Santé (MSS), un label créé la même année par le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques et le ministère des Solidarités et de la Santé. Ce label peut être accordé par l'état à une grande variété de structures publiques ou privées, associations ou collectivités territoriales. Elles doivent répondre à un cahier des charges précis, gage de leur qualité. Ces structures proposent des services d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de dispensation de l'activité physique. Elles prennent en charge les pathologies chroniques et les personnes inactives à des fins de santé. Elles permettent également la formation d'acteurs du sport santé. 436 MSS ont vu le jour depuis 2019 sur le territoire français. La région Occitanie en comptabilise plus d'une soixantaine à ce jour (38) (39).

D'autres structures ne sont pas citées, comme le dispositif CAPA-CITY à Toulouse. Il a été créé à l'initiative de la clinique Bondigoux, spécialisée dans la prise en charge de l'obésité, et la maison de santé pluriprofessionnelle universitaire La Providence. Ce programme propose la dispensation d'activité physique adaptée à hauteur de 3 séances hebdomadaires sur 4 mois, encadrées par des professionnels de santé spécifiques. Il est conditionné par l'adressage sur prescription du médecin traitant (40).

Le Centre d'Activité Physique et Santé de l'Ariège (CAPS'A) est un autre exemple. Il a été créé par deux enseignantes APA en 2023 afin d'offrir un lieu de prise en charge et un accompagnement dédié à l'activité physique sur prescription (41).

Par ailleurs, de nombreuses associations ont pour objet le sport-santé, sans pour autant nécessiter une prescription médicale. C'est le cas par exemple, en région Occitanie, des associations telles que Siel Bleu (42), l'Union Française des Œuvres Laïques d'Education Physique (UFOLEP) (43), la Fédération Française d'Education Sportive et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV) (44) et la Fédération Française de la Retraite Sportive (45). Bien qu'elles ne nécessitent pas spécifiquement d'ordonnance, elles restent une option d'adressage si les limitations du patient le permettent, tout comme la pratique de sport de loisir ou la pratique d'activité physique en autonomie. L'adressage du patient à une structure ou une association n'est pas une condition indispensable à la délivrance d'une ordonnance écrite, bien qu'elle semble être un facteur favorisant la prescription (30).

b) La maison de santé, un cadre favorisant la prescription d'activité physique ?

Etant une structure d'exercice coordonné, la maison de santé pluriprofessionnelle peut correspondre aux besoins de travail interdisciplinaire des généralistes afin de réaliser la prescription d'AP.

La MSP répond également au frein concernant le manque de parcours structuré. La création de projets de santé étant une condition indispensable au fonctionnement de ces structures, ils apportent le cadre nécessaire à la proposition d'AP quand cette thématique est choisie.

Enfin, le cadre juridique de la MSP pourrait lever le frein relatif au financement de l'activité physique via sa Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). Dans le cadre de la réforme « Ma Santé 2022 », l'ordonnance du 12 mai 2021, relative aux communautés territoriales de santé et aux maisons de santé, permet l'extension de l'objet de la SISA. Il est désormais possible de salarier ou de rémunérer des intervenants, qu'il s'agisse de professionnels de santé ou non. Il est explicitement mentionné la possibilité de faire intervenir des éducateurs sportifs. Ces intervenants doivent toutefois contribuer à la mise en œuvre du projet des maisons de santé pluriprofessionnelles (46).

F. Justification du travail de recherche

De nombreuses études sur la prescription d'activité physique en médecine générale en explorent les freins. Les recherches sur les facteurs favorisant voient peu à peu le jour, mais des études complémentaires doivent être menées afin de trouver des solutions sur toute la chaîne de la prescription d'activité physique thérapeutique.

Concernant l'adressage des patients, des questions se posent quant à la population vivant en zone rurale, pour qui l'accès à l'activité physique est plus difficile.

Si l'interdisciplinarité est un facteur exprimé par les généralistes comme favorisant la prescription d'activité physique, peu de travaux étudient cette prescription dans le cadre d'un

exercice coordonné. Dans ce même cadre, peu d'études ont été réalisées sur les connaissances en lien avec la prescription d'activité physique. De plus, peu de recherches s'intéressent à l'opinion des professionnels de santé qui participent au parcours de soins des patients pouvant bénéficier de cette prescription. Enfin, la place de cette prescription dans les projets de santé a rarement été explorée.

G. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer les pratiques et les opinions des professionnels de santé à propos de la prescription d'activité physique dans les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Les objectifs secondaires de cette étude sont d'établir un état des lieux des projets existants liés à l'activité physique et d'évaluer l'intérêt d'un guide et d'un modèle de prescription.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type d'étude

Dans le cadre de ce travail, j'ai mené une étude épidémiologique observationnelle transversale. J'ai utilisé une méthode quantitative descriptive avec analyse de données issues d'un questionnaire.

B. Population cible

1. Critères d'inclusion

- Faire partie des professionnels de santé comme définis dans le code de la santé publique ainsi que les coordinateurs de santé (47).
- Exercer ou avoir déjà exercé dans une maison de santé pluriprofessionnelle.
- Secteur géographique définis : Ariège, Aude ou Haute-Garonne en secteur rural ou de densité intermédiaire.

2. Critères de non-inclusion

- Les professionnels de santé exerçant sur le territoire défini n'ayant jamais intégré de maison de santé pluriprofessionnelle.
- Les professionnels de santé n'exerçant pas sur le secteur défini.
- Les membres de MSP en secteur urbain densément peuplé.

La grille communale établie par l'INSEE permet ainsi de distinguer quatre catégories de communes selon leur niveau de densité (48) :

- | | |
|---|---|
|  Espaces densément peuplés |  Espace de densité intermédiaire |
|  Espace peu denses |  Espaces très peu dense |

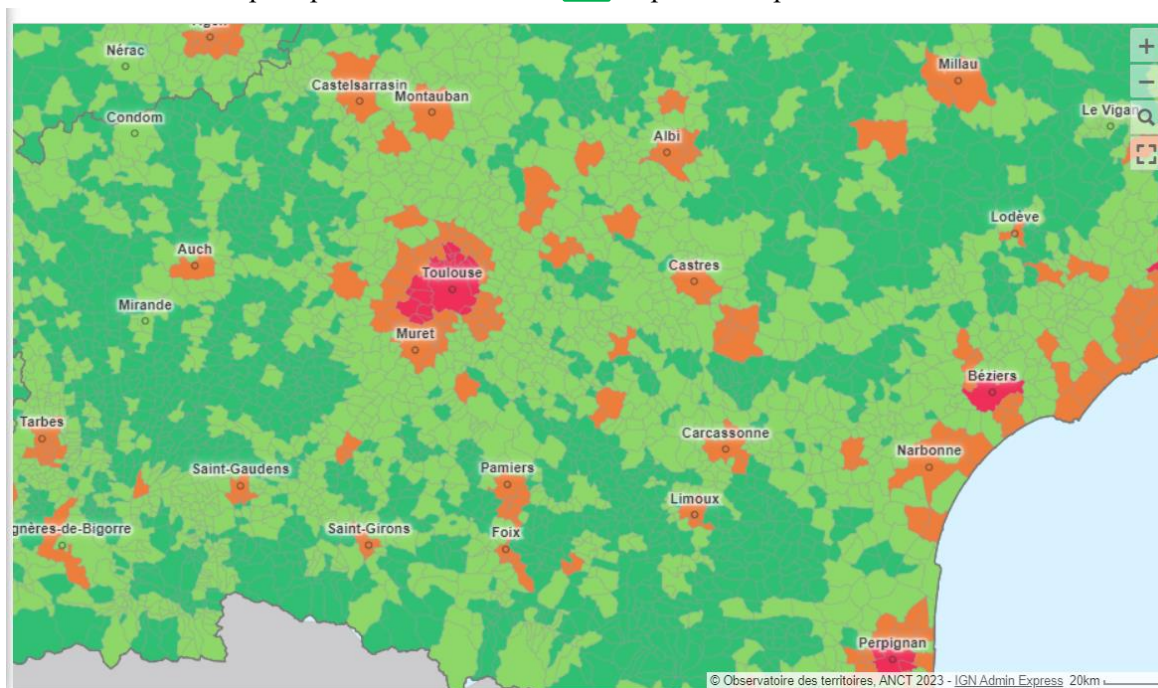


Figure 6 : Grille communale de densité 4 niveaux, Observatoire des territoires ANCT 2023

3. Méthode d'exclusion

- Deux questions ont été placées en début de questionnaire pour exclure la population n'exerçant pas en MSP ou hors du secteur défini.
- Pendant la phase d'analyse de données, une exclusion des questionnaires correspondant aux critères de non-inclusion a été réalisée.

4. Recensement de la population d'étude

Le recensement des maisons de santé a été établi à partir des données de l'ARS Occitanie de 2022 (49) et répertorié grâce au logiciel Microsoft Excel©.

C. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été créé avec le logiciel en ligne Qwary©.

Ce logiciel permet la création d'un questionnaire en ligne avec des réponses conditionnées. Par exemple certaines questions apparaissaient uniquement pour les médecins après avoir coché des items spécifiques. Cette fonction permet de réaliser un questionnaire plus fluide, plus court, en évitant les questions inutiles aux personnes non concernées.

Le questionnaire, disponible en **annexe 1**, était composé de plusieurs parties :

- Exclusion de la population non concernée par deux questions préliminaires.
- Caractéristiques la population en fonction de la zone d'exercice, du nom de la maison de santé, de la fonction exercée et sous quelle forme.
- Connaissances, opinions et pratiques de ces professionnels de santé au sujet de la prescription d'activité physique faite par le généraliste en intégrant les nouvelles indications de 2022.
- Projets au sein de la maison de santé autour de l'activité physique. Si des projets étaient présents, plusieurs questions s'ouvraient afin de détailler les dispositifs.
- Opinion des professionnels de santé concernant l'intérêt d'un guide et d'un modèle de prescription de l'activité physique.

Le questionnaire comportait 34 questions. Il comprenait des questions à choix multiples, des boîtes de textes et une échelle d'évaluation.

A la fin du questionnaire, la page de remerciement contenait un lien permettant d'accéder au téléchargement de deux documents ressources :

- Un guide de prescription de l'activité physique simplifié à destination des généralistes (établi à partir des recommandations 2022 de la HAS)
- Un modèle d'ordonnance d'activité physique.

Ces deux documents, présentés à titre indicatifs, sont issus d'un travail de mémoire soutenu à la faculté de médecine de Toulouse en décembre 2022. Ils sont présentés en **annexe 2 et 3**.

La relecture du questionnaire a été faite par des médecins généralistes ainsi que des coordinateurs de maisons de santé proposant une prise en charge par l'activité physique.

D. Dispositions réglementaires

Le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse a signé un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-004 de la commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL). Cette étude a été enregistrée par le délégué à la protection des données sur le registre d'étude du DUMG.

E. Recueil des données

La diffusion du questionnaire a été réalisé sur 60 jours, du 27 février au 28 avril 2023.

Le questionnaire était accessible via un lien ou par flashcode. Un mail de diffusion a été créé contenant les explications de l'étude, le lien d'accès au questionnaire et un flash code. En pièce jointe, une affiche de diffusion était insérée (**annexe 4**) ainsi qu'un lien vers les documents ressources.

Durant 3 semaines, une diffusion large du mail a été faite par les CPTS des 3 départements concernés et sur le réseau social Facebook. Au bout de ces trois semaines, les MSP pour lesquelles aucune réponse n'avait été enregistrée ont été contactées directement afin de pouvoir envoyer le lien de diffusion. Les coordonnées des maisons de santé ont été obtenues via le site de la Fédération de l'Exercice Coordonné Pluriprofessionnel en soins primaires (Fecop) (50), le site gouvernemental « Santé.fr » (51) ou en tapant le nom des maisons de santé directement sur les moteurs de recherche internet Ecosia ou Google. Au téléphone, il était demandé à pouvoir échanger directement avec la personne en charge de la coordination dans la maison de santé afin de lui présenter l'étude. Il était ensuite demandé à cette personne de diffuser le questionnaire au reste de l'équipe de soins. Un suivi des MSP « recensées », « à contacter » et « ayant répondu » était tenu à jour sur le logiciel Microsoft Excel©.

F. Analyse des données

Après clôture de la période de recueil, les données ont été extraites et anonymisées sur le logiciel Microsoft Excel©. Elles ont été regroupées dans des tableaux croisés dynamiques permettant d'évaluer le taux de répartition des réponses. Des graphiques ont été constitués, issus de ces tableaux, directement avec ce logiciel.

Lors de cette phase, les réponses correspondant aux critères d'exclusion ont été écartées de l'étude. Les réponses partielles ont été également exclues lorsqu'elles ne contenaient aucune donnée exploitable. Le reste des réponses partielles a été intégré à l'étude.

Un retraitement des données a été effectué afin d'uniformiser les réponses obtenues via les boîtes de texte. Les répondants pouvaient avoir utilisé plusieurs orthographes ou appellations possibles pour une même catégorie.

Un reclassement des données a été effectué pour les questions concernant les projets de santé dans les MSP. Pour ces questions, l'intérêt était d'évaluer les proportions de réponses par maison de santé et non par professionnels de santé. Pour le reclassement, l'ensemble des items cochés par les membres d'une même MSP a été regroupé. Puis, une réponse unique par maison de santé a été créée en ne gardant que les données utiles maximales.

III. RÉSULTATS

71 maisons de santé ont été recensées et incluses dans l'étude. 19 en Ariège (27%), 22 dans l'Aude (31%) et 30 en Haute-Garonne (42%). Parmi elles, 39 MSP ont participé à l'étude soit un taux de réponse de 55%.

Il a été enregistré sur la période de recueil 235 réponses au questionnaire en ligne dont les caractéristiques générales d'inclusion et d'exclusion sont représentées dans le **tableau 1**.

Tableau 1 : Nombre et caractéristiques des réponses incluses et exclues

Réponses	Réponses	
	Nombre	%
Inclus	183	78
Complètes	170	72
Partielles	13	6
Exclus	52	22
Aucune donnée exploitable	19	8
Hors MSP	15	6
Zone densément peuplée	6	3
Hors départements ciblés	6	3
Profession non médicale	6	3
Total	235	100

A. Description de la population d'étude

La répartition des réponses par professions est présentée dans le **tableau 2**.

Tableau 2 : Répartition des professions exercées

Profession	Répondants	
	Nombre	%
Médecin généraliste	52	28
Médecin spécialiste	2	1
Pneumologue	1	1
Rhumatologue	1	1
Autre profession médicale/paramédicale	120	66
Infirmier(e) libéral(e)	46	25
Masseur-kinésithérapeute	33	18
Infirmier(e) Asalée	12	7
Pharmacien	12	7
Diététicienne	4	2
Sage-femme	5	3
Pédicure-Podologue	3	2
Infirmière en pratique avancée	2	1
Orthophoniste	1	1
Chirurgien-dentiste	1	1
Psychomotricienne	1	1
Coordinateur uniquement	9	5
Total	183	100

Parmi les professionnels de santé, 12% (n=21) exerçaient la fonction de coordination en plus de leur activité médicale/paramédicale. La profession la plus représentée était celle de médecin généraliste, dont 79% installés en libéral.

La répartition des Maisons de santé répondantes était proche de celle du recensement. 20% en Ariège (n=8), 36% dans l'Aude (n=14) et 44% en Haute-Garonne (n=17).

B. Connaissances des professionnels de santé

Deux questions évaluaient la connaissance des professionnels de santé sur l'existence du dispositif de prescription d'activité physique. La première concernait le dispositif général. En cas de réponse positive, une question concernant les nouvelles indications était posée. Les résultats de ces deux questions, classés par type de profession sont représentés sur la **figure 7**.

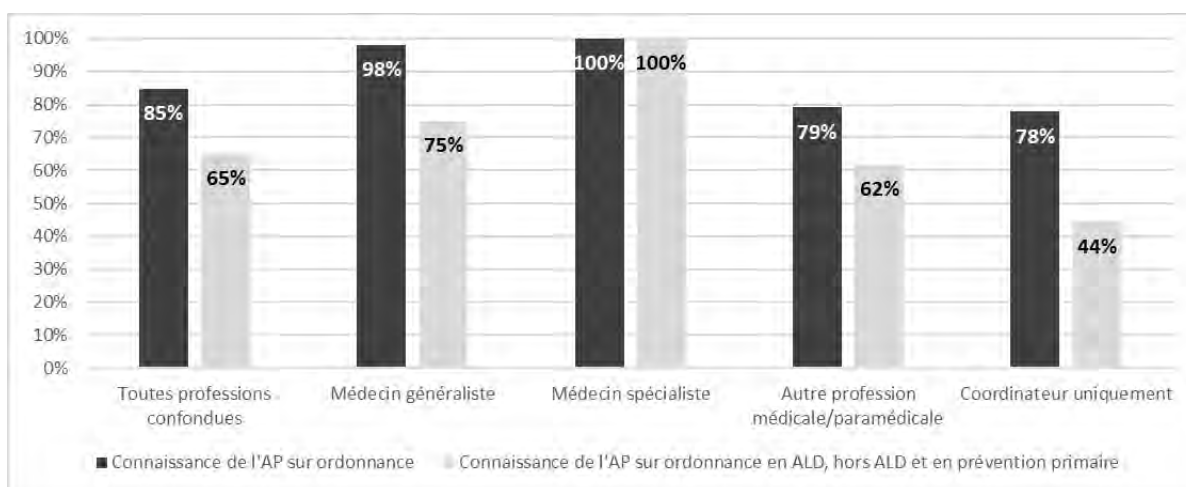


Figure 7 : Connaissance de la possibilité de prescrire une activité physique en général et dans la prise en charge de pathologies chroniques en ALD, hors ALD et en prévention primaire depuis la loi de mars 2022. Exprimé en pourcentage de réponses affirmatives.

C. Pratiques et opinion des professionnels de santé

1. Utilité de la prescription

86% (n=158) des professionnels de santé estimaient que la prescription écrite d'activité physique par le généraliste était essentielle en thérapeutique.

Pour ce qui est des nouvelles possibilités de prescription, leur perception est résumée dans la **figure 8**.

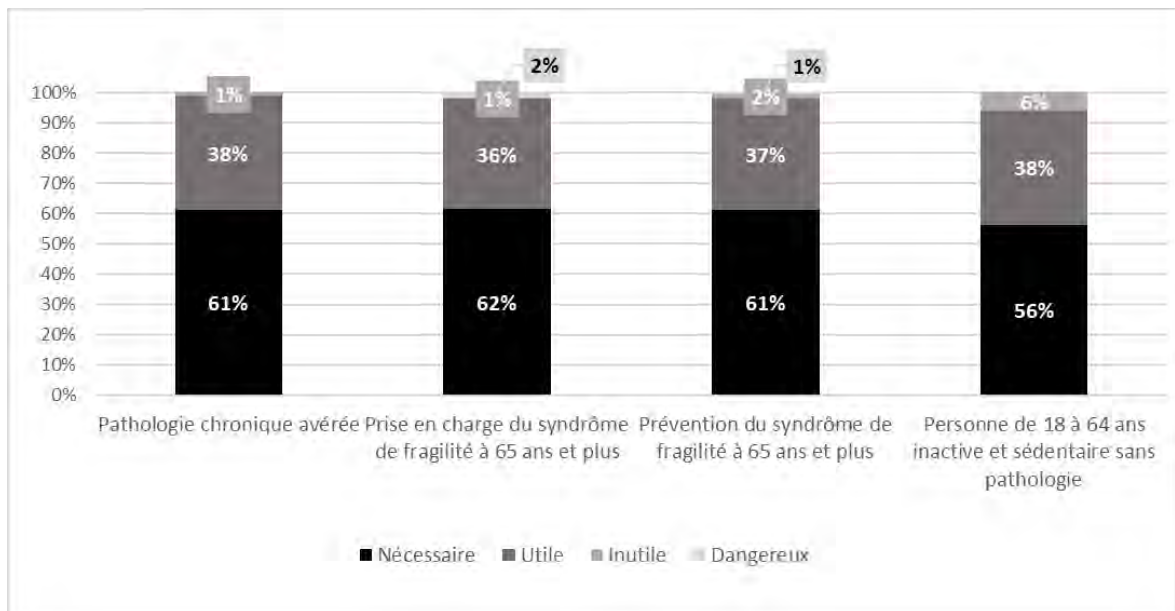


Figure 8 : Perception par les professionnels de santé des nouvelles indications de la prescription d'activité physique depuis la modification de loi en 2022. Exprimés en pourcentage de réponses.

2. Prescription écrite et conseils oraux

93% des répondants (n=171) estimaient qu'une ordonnance d'activité physique avait une valeur ajoutée par rapport à des conseils dispensés oralement.

Les valeurs ajoutées sont illustrées sur la **figure 9**.

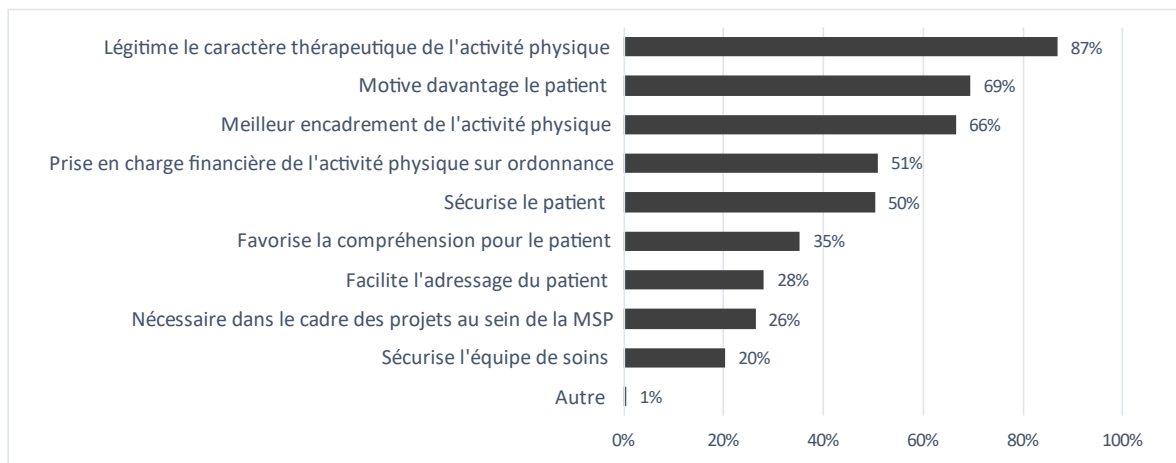


Figure 9 : Valeurs ajoutées d'une ordonnance d'activité physique par rapport à des conseils oraux selon les professionnels de santé en MSP. Exprimés en pourcentage de répondants ayant coché l'item.

7% des répondants (n=13) pensaient que l'ordonnance d'activité physique n'avait pas de valeur ajoutée. Les raisons invoquées sont illustrées sur la **figure 10**.

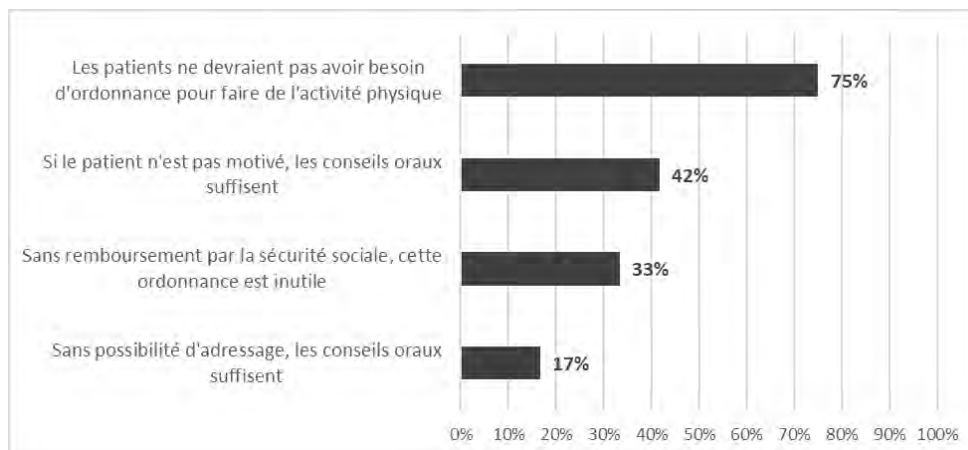


Figure 10 : Raisons invoquées pour la non-valeur ajoutée d'une ordonnance d'activité physique par rapport à des conseils oraux selon les professionnels de santé en MSP. Exprimées en pourcentage de répondants ayant coché l'item.

3. Questions spécifiques aux médecins

41% des médecins déclaraient avoir déjà réalisé une prescription d'activité physique.

Ils étaient 92% à penser que de faire partie d'une MSP pouvait être un facteur favorisant la prescription d'activité physique.

Les freins à la prescription ressentis par les médecins sont présentés sur la **figure 11**.

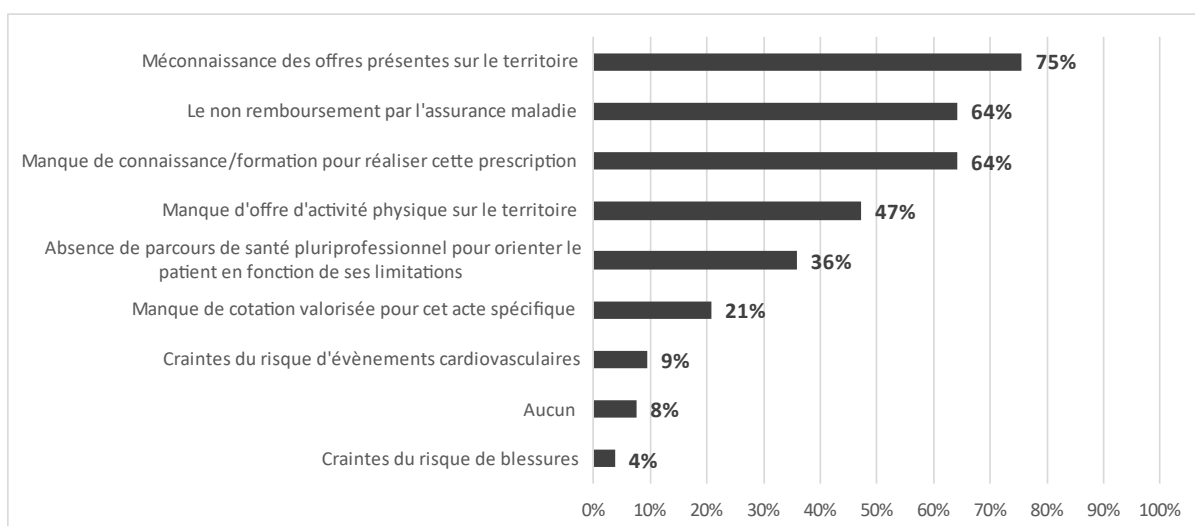


Figure 11 : Freins à la prescription ressentis par les médecins. Exprimés en pourcentages de répondants ayant coché l'item.

D. Intégration de l'activité physique dans les projets de santé

1. Maison de santé avec projets de santé autour de l'activité physique

31 maisons de santé sur 39 intégraient des actions en lien avec l'activité physique.

Le pourcentage de prescription d'activité physique dans les projets de santé est illustré par la **figure 12**.

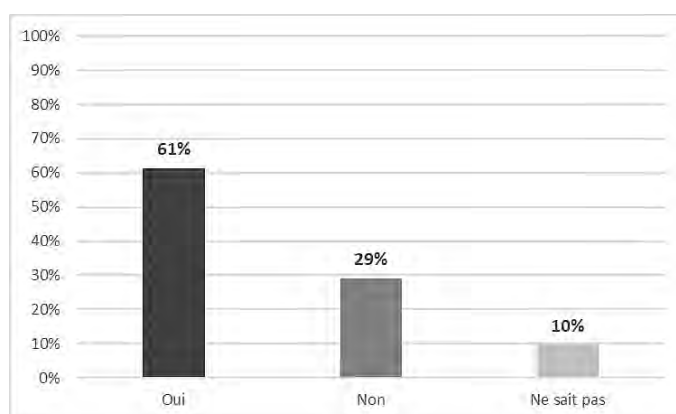


Figure 12 : Proportion de MSP intégrant une prescription d'activité physique dans leurs projets. Exprimée en pourcentage de MSP.

Parmi les médecins prescripteurs d'activité physique, 82% faisaient partie d'une maison de santé avec un projet en lien avec l'activité physique (**tableau 3**).

Tableau 3 : Prescripteurs dans les maisons de santé en fonction des projets

MSP	Médecins prescripteurs		Médecins non prescripteurs		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Avec projets autour de l'AP	18	82	19	61	37	70
Sans projet autour de l'AP	4	18	12	39	16	30
Total	22	100	31	100	53	100

Au niveau du format de ces projets, 18 MSP utilisaient des activités asalée, 17 élaboraient des protocoles pluriprofessionnels sur la thématique, 14 les intégraient à une mission de santé publique, 10 utilisaient un autre format et 7 MSP utilisaient la reconnaissance en maison sport-santé.

a) Propositions internes à la MSP

Une échelle de valeur comprenant 5 intervalles était proposée pour évaluer l'implication des professionnels de santé dans les projets. 1 correspondait à « pas impliqué » et 5 à « très impliqué ».

La répartition des réponses est illustrée sur la **figure 13**.

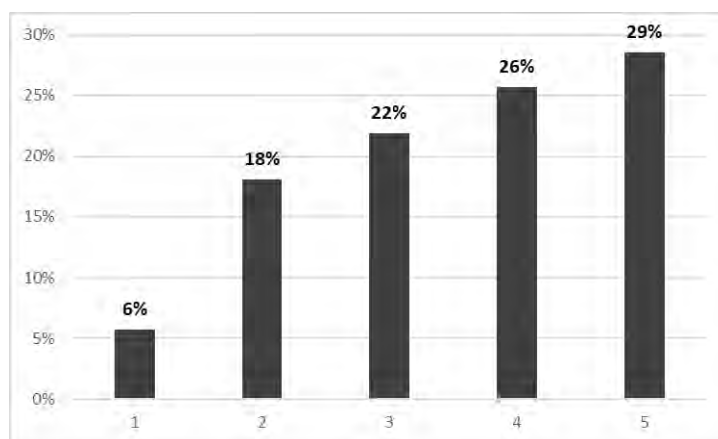


Figure 13 : Implication ressentie des professionnels de santé dans les actions promouvant l'activité physique, sur une échelle de 1 à 5. Exprimée en pourcentage de répondants.

Au sein même des maisons de santé, les propositions faites autour de l'activité physique sont résumées dans le **tableau 4**.

Tableau 4 : Propositions autour de l'activité physique faites en interne à la MSP

Projets en interne	MSP	
	Nombre	%
Kinésithérapie	27	87
Repérage spécifique des patients	24	77
Groupe de marche	20	65
Sensibilisation/formation des professionnels de la MSP sur le sujet	17	55
Education thérapeutique par IDE Asalée	17	55
Campagne d'information à destination des patients	15	48
Evaluation initiale spécifique	15	48
Suivi spécifique	13	42
Autre proposition interne	5	16
MSP avec projets	31	

En texte libre, les répondants avaient ajouté dans la case « autre proposition interne » :

- Dans le cadre de la « Mission : retrouve ton cap », mise en place d'activités physiques en groupe pour les enfants intégrant ce dispositif.
- Groupe d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) sur le thème de l'Obésité
- Psychologue
- Activité physique adaptée par enseignant en activité physique adaptée (EAPA)
- Activités encadrées par des APA, psychomotrices, sage-femme

b) Propositions externes à la MSP

Les différentes structures externes vers lesquelles les maisons de santé s'étaient tournées pour leurs projets sont présentés dans le **tableau 5**.

Tableau 5 : Structures externes sollicitées dans les projets autour de l'activité physique dans les MSP

<i>Structure externe</i>	<i>MSP</i>	
	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Enseignant en activité physique adapté (coach APA)	18	58
Association(s) sportive(s) de loisir	17	55
Association(s) dont l'objet est le sport-santé	16	52
Educateur ou coach sportif indépendant	10	32
Autre structure externe :	8	26
Aucune	7	23
Internet et outils connectés	5	16
Salle de remise en forme	5	16
Conférence des financeurs	4	13
Clinique privée	4	13
Etablissement hospitalier public	3	10
Ne sait pas	2	6
Médecine du sport	0	0
Nombre total de MSP avec projets	31	

En texte libre, les professionnels de santé avaient rajouté dans la case « autre structure » :

- La caisse primaire d'assurance maladie et le centre régional de coordination des dépistages des cancers pour une action de prévention via une campagne d'information ;
- La mutuelle sociale agricole ;
- La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) ;
- Maison sport santé sur le secteur qui n'appartient pas à la MSP ;
- L'Unité de formation et de recherche de l'Université Paul Sabatier, section STAPS.
- Un réseau de réadaptation respiratoire à domicile

c) Associations sport-santé

Parmi les associations dont l'objet est le sport santé, effORMip était cochée pour 8 des MSP faisant appel à des associations. Les autres associations cochées étaient : La Fédération Française d'Education Sportive et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV) (n=3) ; Siel Bleu (n=2) et l'Union Française des Œuvres Laïques d'Education Physique (UFOLEP) (n=2).

Dans la case texte libre les répondants avaient ajouté :

- Associations locales MJC (Maison des jeunes et de la culture)

- Sport sur ordonnance via la mairie de Carcassonne
- US haut salad section rugby santé
- Fédération française de Rugby, La ligue contre le cancer, Parten'air

d) Financements des projets

Pour le financement de leurs projets, les professionnels dans les MSP déclaraient faire appel à diverses structures présentées dans la **figure 14**.

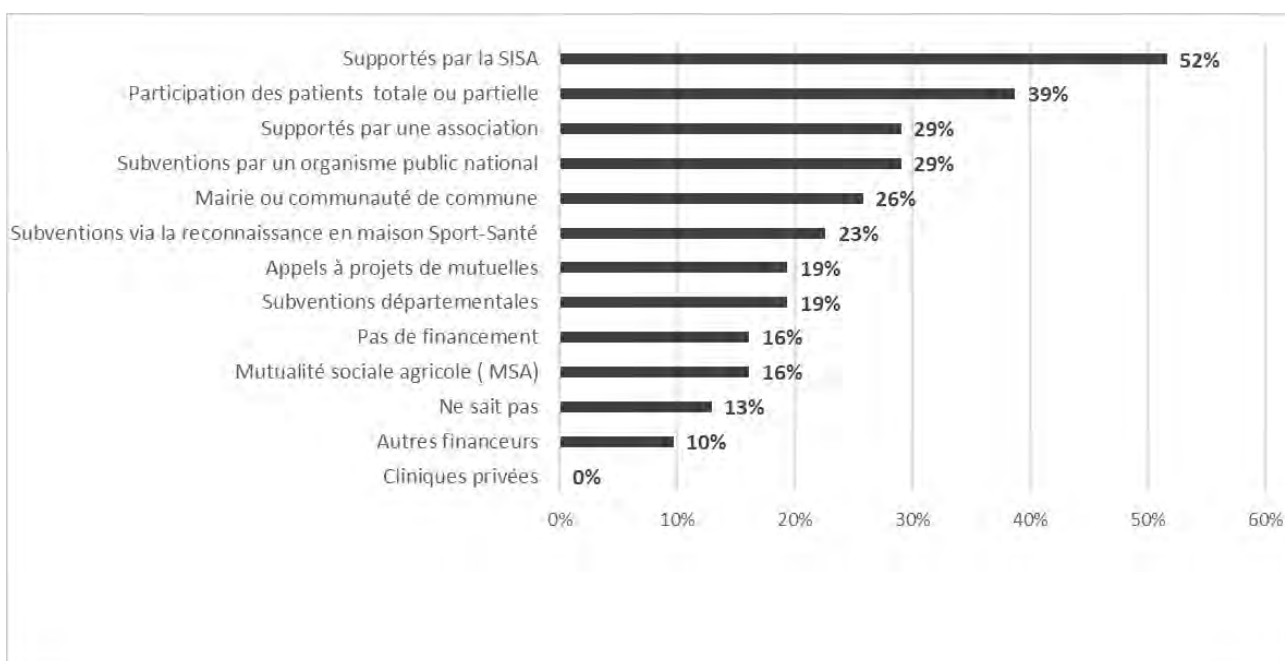


Figure 14 : Financements des projets autour de l'activité physique dans les MSP. Exprimés en pourcentages de MSP ayant coché l'item.

Les répondants avaient ajouté en texte libre dans la partie « autres financeurs » :

- Groupe privé (Pierre Fabre) sur expérimentation avant covid
- ARS via ETP
- D'autres appels à projets spécifiques

2. Maison de santé pluriprofessionnelle sans projet autour de l'activité physique

La principale raison évoquée au manque de projet concernant l'activité physique était le manque de moyen humain, coché pour 61% des répondants, puis le manque d'offre d'activité physique sur le territoire pour 39% des répondants.

E. Intérêt d'un guide et d'un modèle de prescription de l'activité physique

83% des répondants estimaient qu'un guide de quelques pages à destination des généralistes serait utile pour favoriser la prise en charge des patients par l'activité physique.

Concernant le modèle d'ordonnance prérempli, 77% des répondants l'estimaient utile.

IV. DISCUSSION

A. Objectif principal

Pour répondre à la question de recherche concernant l'intérêt de la prescription d'activité physique par le généraliste dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, nous avons décomposé le travail en 3 axes de réflexion.

Pour évaluer l'intérêt d'un dispositif, la question préliminaire à se poser est si celui-ci est connu. Les résultats de cette étude montrent que tous les médecins, hormis un, avaient connaissance de la possibilité de réaliser une prescription d'activité physique. La plupart en connaissaient les nouvelles indications pourtant récentes. Les études existantes sur le sujet retrouvaient jusqu'alors une proportion plus faible (28). La connaissance chez les autres professionnels de santé et coordinateurs restait conséquente. Les résultats montrent donc que ce dispositif de prescription est bel et bien connu des équipes de soins primaires.

Dans cette étude les membres des maisons de santé semblaient d'accord sur l'utilité de la prescription d'activité physique. La plupart l'estimaient même essentielle en thérapeutique et la jugeaient utile ou nécessaire dans ses nouvelles indications. Ils considéraient que la prescription écrite apportait des bénéfices supplémentaires aux conseils oraux. Principalement, elle légitimait le caractère thérapeutique de l'activité physique et motivait davantage le patient. La prise en charge financière, argument souvent opposé par rapport aux thérapies remboursées, n'était placée ici qu'en 4^{ème} position des plus-values de la prescription écrite.

Ces données concordent avec la littérature qui décrit l'ordonnance écrite d'activité physique comme facteur de motivation pour le patient. L'opinion des professionnels de santé, qui participent à la prise en charge des patients, est importante car elle conditionne l'utilisation du dispositif. Même si les acteurs de la prescription sont bel et bien les médecins, dans le soin coordonné, les autres membres de l'équipe ont un rôle à jouer. Chaque membre peut être vecteur d'un projet de santé. Et la présence d'un projet semble être un facteur favorisant la prescription d'activité physique. Tous les membres agissent également dans le repérage, l'accompagnement et la mise en pratique de cette ordonnance et peuvent par conséquent être des facilitateurs indirects à sa prescription.

Le dernier axe abordé dans ce travail sur l'intérêt de cette prescription est son utilisation réelle. Lors de cette étude, nous avons vu que lorsqu'un projet de santé autour de l'activité physique existait, plus de la moitié des MSP utilisaient cette prescription. L'implication de la prescription d'activité physique dans les projets de santé est donc loin d'être anecdotique. Parmi les répondants convaincus du bénéfice d'une prescription écrite, plus d'un quart déclaraient même que cette prescription était nécessaire dans les projets de santé.

Du côté des prescripteurs, le taux de prescription général restait similaire aux données de la littérature. Le frein principal à la prescription retrouvé dans cette étude, comme dans de nombreuses autres, restait la méconnaissance des offres présentes sur le territoire. Devant ce constat, un important recensement de toutes les offres d'APA, de sport et de sport-santé paraît essentiel.

Les médecins pensaient de manière quasi-unanime, que d'être membre d'une maison de santé pluriprofessionnelle pouvait être un facteur favorisant cette prescription. Lorsque l'on recoupe les données des prescripteurs et des projets de santé on observe une proportion de prescripteurs fortement augmentée dans les maisons de santé avec des projets en comparaison des MSP sans projet. L'existence d'un projet autour de l'activité physique pourrait faire partie des facteurs favorisant cette prescription, peut-être plus que l'appartenance à une MSP en elle-même.

B. Objectifs secondaires

Dans cette étude, les activités asalées étaient le format de projet le plus utilisé par les MSP. Le format le moins utilisé était celui de la maison sport santé. Ces résultats paraissent étonnants au vu de la communication importante qui est faite par les pouvoirs publics autour des maisons sport santé et la faible communication sur l'exercice des infirmiers asalées.

Les groupes de marche et l'éducation thérapeutique proposés par les IDE asalées sont plus simples à mettre en place, et le financement de ces actions est assuré directement par l'association : deux critères importants pour les équipes. Obtenir le label maison sport santé paraît en comparaison long, fastidieux avec une charge administrative importante et cela, sans assurance de contrepartie financière.

Dans les propositions faites en interne autour de l'activité physique, les résultats montrent que la kinésithérapie est la plus représentée, ce qui est cohérent au vu des caractéristiques même de la profession. On peut noter une part importante des groupes de marche dans les effecteurs de l'activité physique en lien avec les activités asalées vues précédemment. Une grande partie des MSP faisaient un repérage spécifique des patients. Ces résultats montrent qu'en plus d'offrir des possibilités de pratiquer, l'organisation même des maisons de santé permet de repérer et d'accompagner les patients qui pourraient bénéficier de l'activité physique thérapeutique.

Lorsque la structuration de la maison de santé n'est pas suffisante, les équipes de soins premiers peuvent faire appel à des structures extérieures. Dans cette étude, les enseignants en activité physique adaptée étaient les plus sollicités. Venait ensuite le milieu associatif avec les associations proposant directement de l'activité physique ou celles spécialisées dans la mise en place de dispositifs. Les structures hospitalières n'étaient ici, que peu sollicitées.

Les deux financeurs principaux des projets autour de l'activité physique étaient les MSP et leurs patients. Le faible taux de représentativité des autres items montre qu'il n'existe pas une solution unique et unanime mais qu'elles sont plutôt hétéroclites et multimodales. Aucune donnée sur la montant des financements n'a été recueillie. Si un financeur participait

dans peu de maisons de santé mais avec des fonds conséquents, les répercussions pratiques pourraient faire relativiser ces résultats.

La grande variabilité de ces dispositifs rend difficile la transposition des projets d'une maison de santé à une autre. La cohésion des actions sur un territoire élargi paraît encore insuffisante malgré les différents plans publics nationaux. Les offres d'AP thérapeutique sont entièrement dépendantes des acteurs du terrain et cela peut être une source d'inégalités sur le territoire. Les professionnels de santé sont amenés à faire preuve de volonté et d'inventivité dès lors qu'ils veulent mettre en place de tels projets. Projets qu'ils développent parce qu'ils sont convaincus des bienfaits de l'activité physique thérapeutique pour leurs patients. Cette étude montre que, grâce aux acteurs de terrain, une quantité importante de projets autour de l'activité physique existe dans les maisons de santé en milieu rural. Un milieu qui est pourtant réputé moins accessible.

Pour ce qui est d'autres potentiels leviers au sujet de la prescription d'activité physique, les professionnels de santé jugerait utile un modèle d'ordonnance prérempli et un guide de prescription simplifié de quelques pages à destination des généralistes.

C. Limites de l'étude

1. Population étudiée

Le recensement des maisons de santé a été effectué selon des informations datant d'un an auparavant. Il se peut que les maisons de santé récemment labellisées n'aient pas été incluses à l'étude. Les données relativement récentes, incluant les de maisons de santé en projet, le recroisement des données et le délai nécessaire pour valider une maison de santé diminue ce risque de biais. Malgré cela, le nombre total de maisons de santé a pu être sous-estimé dans cette étude.

La méthode de diffusion de cette étude a pu induire un biais de sélection. Le choix d'une diffusion multimodale, faite par la personne en charge de la recherche a pu présélectionner

une partie des répondants. En outre, les personnes les plus intéressées par le sujet ou contactées directement étaient probablement plus enclines à participer à l'étude.

Une estimation de ce biais peut être faite en observant, parmi les résultats, l'implication des professionnels dans les projets de santé. On retrouve une proportion plus élevée de personnes impliquées ou très impliquées. Toutefois, il subsiste une proportion importante de personnes moyennement, peu ou pas impliquées. Ajouté à cela l'ensemble des réponses négatives, le risque de biais de sélection peut être relativisé. En considérant ce risque d'erreur, les résultats de cette étude pourraient tout de même avoir été surestimés sans pour autant remettre en cause leurs tendances.

2. Analyse des données

Le retraitement des données fait manuellement, notamment pour les réponses exclues ou les boîtes de textes a pu engendrer un biais de classement. Pour diminuer ce biais au maximum, toute réponse douteuse était exclue de l'étude. Il n'a donc pu avoir que très peu d'incidence sur les résultats.

Le choix de garder dans l'analyse les réponses partielles a permis pour certaines questions de gagner en représentativité. Il a comme inconvénient de modifier au fur et à mesure le total de répondants, ce qui peut opacifier la lecture des résultats et rendre l'étude globale moins puissante.

Concernant les projets de santé, le reclassement par données utiles maximales a pu créer un biais de confusion pouvant surévaluer les résultats. Nous sommes partis du principe que si un des membres de la maison de santé avait connaissance du dispositif, il pouvait répondre pour l'ensemble de la maison de santé. Cette méthode rend les résultats moins fiables face au risque d'erreur potentiel de chaque répondant. Cependant le fort taux de connaissance de la prescription d'activité physique diminue l'implication que pourrait avoir ce biais sur les résultats.

D. Forces de l'étude et perspectives

Cette étude a obtenu un taux de réponse important permettant une meilleure généralisation des résultats et réduire le risque de biais. Elle apporte un regard complémentaire aux études précédentes sur la prescription d'activité physique. Elle ne se restreint pas à la simple rédaction de l'ordonnance. En incluant tous les professionnels de santé d'une part et en étudiant les projets élaborés d'autre part, cette approche permet d'avoir une vision plus large de cette prescription et de son utilité. Elle permet d'intégrer l'environnement des prescripteurs ainsi que les facteurs extérieurs qui ont une réelle importance en pratique.

Lors de la diffusion et des échanges téléphoniques, les équipes ont témoigné un réel intérêt pour ce travail de recherche. Il pourrait être envisageable d'évaluer l'impact qu'a eu ce travail de recherche et la distribution des documents ressources sur les équipes de terrain. Les ressources ont-elles été utilisées par la suite ? Des projets ont-ils été développés ?

Au vu des résultats de cette étude il pourrait être adapté de comparer le taux de prescription des médecins généralistes en maison de santé et hors maison de santé. Une étude transversale comparative pourrait être intéressante en y intégrant des variables, dont les projets de santé, afin de voir s'il existe une différence significative sur le taux de prescription.

Le travail préliminaire concernant l'activité physique thérapeutique dans les projets de santé mérite d'être approfondi. Il paraîtrait utile d'aller plus loin dans le détail des caractéristiques des projets de santé, avec les différents effecteurs et financements. Cet état des lieux donnerait une meilleure visibilité des solutions qui s'offrent aux équipes de soins et cela faciliterait la reproductibilité des actions.

V. CONCLUSION

Les risques de la sédentarité et les bénéfices de l'activité physique sont aujourd'hui bien connus. L'activité physique est d'ailleurs reconnue comme thérapie non médicamenteuse dans de nombreuses pathologies. Malgré les politiques nationales de promotion de l'activité physique la population reste inactive et sédentaire majorant la proportion de pathologies chroniques évitables. Dans ce contexte les professionnels de santé ont un rôle à jouer.

L'inscription dans la loi de la prescription d'activité physique offre au médecin, depuis 2016, une nouvelle option thérapeutique. Nous avons montré dans cette étude que les professionnels de santé au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles ont bien connaissance de cette loi. Cette innovation doit maintenant être développée afin d'être généralisée.

Les professionnels de santé, souhaitant travailler de manière coordonnée créent des projets spécifiques au sein de leurs maisons de santé pluriprofessionnelles. Dans cette étude, ils utilisaient majoritairement une ordonnance d'activité physique dans leurs projets, convaincus des bénéfices apportés par cette prescription. Les médecins prescripteurs étaient, quant à eux, plus nombreux à prescrire dans les maisons de santé qui possédaient un projet autour de l'activité physique.

Outre ses avantages propres, l'ordonnance d'activité physique semble avoir un intérêt dans les maisons de santé pluriprofessionnelles lorsqu'elle est incluse à un projet de santé. Le travail en interdisciplinarité, surtout pour les opportunités qu'il offre, pourrait être un facteur facilitant la délivrance d'une ordonnance d'activité physique. Des études complémentaires doivent cependant être menées afin de valider cette hypothèse.

Cette dynamique risque d'être modifiée lorsque l'amendement récent de la loi sera appliqué, promettant un financement par l'assurance maladie de l'APA. Simplifiera-t-elle les pratiques ? Augmentera-t-elle le taux de prescription ? Ou ajoutera-t-elle un rouage supplémentaire complexifiant les dispositifs déjà établis ?

lu & approuvé
Toulouze le 24/05/2023

Professeure Marie Eve ROUGE BUGAT
1, avenue Louis Blériot
31500 TOULOUSE
N° ADELI : 31 1 11793 1
N° RPPS : 10100079234

Toulouse, le 24/05/2023

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



VI. BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. 2022. 79p.
2. Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité. Les définitions [Internet]. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: <https://onaps.fr/les-definitions/>
3. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021 [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349728>
4. Comité National Olympique et Sportif Français. Aide à la prise en charge médicale des activités physiques et sportives. MÉDICOSPORT-SANTÉ [Internet]. VIDAL. [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/sport/infos-sport-medicosport-sante/>
5. Commission médicale du comité national olympique et sportif français. Médicosport-santé. 2020 [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://medicosport.cnosf.org/uploads/documents/medicosport-sante-edition-fr-2020.pdf>
6. Code de la santé publique - Article D1172-1 - Légifrance [Internet]. [cité 27 nov 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033826292/2022-04-04/
7. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. 2010;60.
8. Organisation Mondiale de la santé. Activité physique. 2022 [Internet]. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
9. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Manque d'activité physique et excès de sédentarité : une priorité de santé publique [Internet]. Anses. 2022 [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/manque-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-exc%C3%A8s-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-une-priorit%C3%A9-de-sant%C3%A9-publique>
10. France Stratégie. L'évaluation Socioéconomique des effets de santé ses projets d'investissement Public. Synthèse. Ministère de la transition écologique; 2022. [Internet]. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2022-synthese-rapport_sante-mars.pdf
11. Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité. Les impacts sanitaires. Infographie sur les bénéfices de l'activité physiques [Internet]. Onaps.fr. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: <https://onaps.fr/les-impacts-sanitaires/>
12. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 avr 2023]. 93p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees

13. Foucaut AM, Vergnault M, Landry A, Lhuissier F, Chapelot D. Ordonnances Activité physique 90 prescriptions. Maloigne. 2020. P3 à 42.
14. Larras B. Etat des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France. Onaps. 2017. 32p.
15. ANSES. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité rapport d'expertise. 2016 [Internet]. 584p [cité 21 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
16. Santé Publique France. Manger Bouger - Qu'est-ce que le PNNS ? [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/ressources-pros/le-plan-national-nutrition-sante-pnns/qu-est-ce-que-le-pnns>
17. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2019 [cité 8 avr 2023]. 101 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327168>
18. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des sports. Stratégie nationale sport santé 2019-2024 [Internet]. 44p. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_strategie_nationale_sport_sante_2019-2024.pdf
19. AVECsanté. C'est quoi l'exercice coordonné ? [Internet]. AVECsanté. [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/cest-quoi-lexercice-coordonne/>
20. France Assos santé. Les exercices coordonnés en soins primaires. 2020 [Internet]. 4p.[cité 4 avr 2023]. Disponible sur: https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2021/01/Fiche-B.7.2_Les-exercices-coordonnes-en-soins-primaires.pdf
21. Ministère des solidarités et de la santé. Renforcer l'accès territorial aux soins. Communiqué de presse du 13 Octobre 2017 [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf
22. Ministère de la Santé et de la Prévention. Les maisons de santé. [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
23. AVECsanté - Congres Rencontres du 17 et 18 ars 2023 à Saint-Malo - Communiqué de presse - Aller vers 4000 maisons de santé pluriprofessionnelles d'ici 2027 ! - 23 Mars 2023 [Internet]. AVECsanté. 2023 [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/?p=4715>
24. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Code de la santé publique. Légifrance [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000031913897>
25. Code de la santé publique. Article L1172-1 - Légifrance [Internet]. [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031920541/2022-04-04/

26. Porte PO. Prescription d'activité physique par les médecins généralistes chez les patients atteints de cancer : quels sont les freins en Occitanie ?. [Thèse d'exercice] Université de Montpellier, France. 2019
27. Lecarpentier P. Activité physique pour la santé: état des lieux de la prescription par les médecins généralistes du Pays Basque depuis la loi de modernisation du système de santé. [Thèse d'exercice] Université de Bordeaux, France. 2019
28. Bonin L. Prescription d'activité physique sur ordonnance dans les pyrénées orientales. [Thèse d'exercice] Université de Montpellier, France. 2021
29. Santé Publique France. Prescription d'activité physique par les médecins : freins et leviers. 2023 [Internet]. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prescription-d-activite-physique-par-les-medecins-freins-et-leviers>
30. Stanik E. La prescription écrite d'activité physique par le médecin généraliste: une nouvelle dynamique ? [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux ; 2020 [cité 2 août 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03126285>
31. Rahho A. La prescription d'activité physique adaptée par les médecins généralistes: enquête qualitative en région Auvergne-Rhône-Alpes : les attentes des médecins pour lever les freins à la prescription [Thèse d'exercice]. [Saint-Étienne, France]: Université Jean Monnet; 2020.
32. Larquier D de. Analyse qualitative des déterminants de l'évolution de la prescription en activité physique adaptée par les médecins généralistes à la suite de la mise en place du dispositif Bougez sur ordonnance® en Occitanie. [Thèse d'exercice] Université de Montpellier, France. 2020
33. Padou T. Identifier chez les médecins généralistes les représentations et les perspectives d'élaboration d'un outil de liaison portant sur la prescription de l'activité physique chez les patients en situation d'obésité. [Thèse d'exercice] Université de Montpellier, France. 2019
34. Rainaud F. Perceptions des médecins généralistes concernant la prescription d'activité physique pour les patients atteints de pathologies chroniques [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard; [Lyon, France]. 2018.
35. HAS - Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité - Recommandations de bonnes pratiques - 2022 [Internet]. [cité 21 avr 2023]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/guide_connaissance_ap_sedentarite_vf.pdf
36. Charles M, Larras B, Bigot J, Praznocy C. L'activité physique sur prescription en France : Etat des lieux en 2019 Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité .2019. 84p
37. Réseau français Villes-Santé. Le mouvement européen des Villes-Santé de l'OMS [Internet]. [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: <https://villes-sante.com/a-propos/mouvement-europeen-villes-sante-oms/>
38. Ministère chargé des sports. Découvrez les Maisons Sport-Santé les plus proches de chez vous [Internet]. sports.gouv.fr. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur:

<https://www.sports.gouv.fr/decouvrez-les-maisons-sport-sante-les-plus-proches-de-chez-vous-389>

39. Ministère chargé des sports. Le réseau des Maisons Sport-Santé poursuit son déploiement. Dossier de presse. 2022 [Internet]. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/les-maisons-sport-sante-un-outil-d-egalite-des-chances-et-d-acces-au-droit-de-la-sante-par-le-sport>
40. Capa-City. Centre d'Activité Physique Adaptée à Toulouse [Internet]. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <http://capa-city.fr/>
41. CAPS'A – Centre d'activité physique et santé de l'Ariège [Internet]. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <http://capsariege.fr/>
42. Siel Bleu - La santé par l'activité physique adaptée ! [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.sielbleu.org>
43. Union Française des Œuvres Laïques d'Education Physique. L'Ufolep en quelques mots [Internet]. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ufolep.org/?rubrique=1&mode=ufolep-en-bref>
44. Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire. Comité Régional Occitanie [Internet]. [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.sport-sante.fr/epgv-comite-regional-occitanie/actions-sport-sante-prevention.html>
45. Fédération Française de la Retraite Sportive. L'assurance sport santé des seniors ! [Internet]. FFRS - Fédération Française de la Retraite Sportive -L'assurance sport santé des seniors ! [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ffrs-retraite-sportive.org>
46. Ministère des Solidarités et de la Santé - Le guide dédié à l'évolution du statut des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires - 2021 [Internet]. 44p. [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_sisa_vf.pdf
47. Direction de l'information légale et administrative. Qui sont les professionnels de santé ? [Internet]. vie-publique.fr. 2022 [cité 8 avr 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/fiches/37855-qui-sont-les-professionnels-de-sante-code-se-la-sante-publique>
48. L'Observatoire des Territoires. Grille communale de densité en 4 niveaux | [Internet]. [cité 5 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/grille-communale-de-densite-en-4-niveaux>
49. ARS Occitanie. Portail d'accompagnement des professionnels de santé - Cartographie des maisons de santé en Occitanie [Internet]. [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.occitanie.paps.sante.fr/media/78096/download?inline&rubrique=10278>

VII. ANNEXES

A. Annexe 1. Questionnaire d'enquête

Chères consœurs, chers confrères, cher(e)s collègues,

Je fais appel à vous afin de répondre à ce questionnaire dans le cadre de mon travail de thèse. Mon sujet s'intéresse à la prescription d'activité physique et sur l'intégration de cette thérapeutique au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles.

Ce court questionnaire, nécessitant moins de 5min, s'adresse à tous les professionnels de santé travaillant en MSP. Les réponses sont anonymes.

Je vous remercie chaleureusement pour votre aide.

Léa Lefrancq

1 Travaillez-vous ou avez-vous travaillé au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle ? [Choix unique]

- Oui
- Non -> exclusion, page de remerciement

2 Quel est votre département d'exercice ? [choix unique]

- Aude
- Ariège
- Haute-Garonne
- Autre -> exclusion, page de remerciement

3 Dans quelle commune exercez-vous ? [Réponse texte libre]

4 Quel est le nom de votre MSP ? [Réponse texte libre]

5 Quelle profession exercez-vous ? [choix unique] :

- Médecin généraliste -> question 5.1
- Médecin spécialiste -> question 5.2
- Autre profession médicale ou paramédicale -> question 5.3
- J'exerce la fonction de coordination exclusivement -> question 6

5.1 En tant que médecin généraliste, quel est votre mode d'exercice ? [choix multiple]

- Installé
- Collaborateur
- Interne
- Remplaçant

5.2 Quelle spécialité exercez-vous ? [Réponse texte libre]

5.3 Quelle profession médicale ou paramédicale exercer-vous : [réponse texte libre]

6 Exercez-vous la fonction de coordination au sein de votre MSP ? [si réponse autre que coordinateur Q5]

- Oui, en plus de mon activité médicale ou paramédicale
- Non

7 Avez-vous connaissance de la possibilité pour les médecins de prescrire une activité physique sur ordonnance ? [choix unique]

- Oui -> question 7.1, 7.2
- Non -> question 8

7.1 Avez-vous connaissance de la possibilité de prescrire une activité physique dans la prise en charge de pathologies chroniques en ALD, hors ALD et en prévention primaire depuis la loi de mars 2022 ? [choix unique]

- Oui
- Non

7.2 Avez-vous déjà réalisé une prescription médicale d'activité physique ? [choix unique] [Uniquement si réponse « médecins» question 5]

- Oui
- Non

8 D'une manière générale, la prescription écrite d'activité physique par le généraliste vous semble-t-elle essentielle en thérapeutique ? [Choix unique]

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

9 Une prescription d'activité physique chez une personne souffrant d'une pathologie chronique vous semble [Choix unique]:

- Dangereux
- Inutile
- Utile
- Nécessaire

10 Une prescription d'activité physique chez la personne de plus de 65 ans dans la prise en charge du syndrome de fragilité vous semble [choix unique] :

- Dangereux
- Inutile
- Utile
- Nécessaire

11 Une prescription d'activité physique chez la personne de plus de 65 ans en prévention du syndrome de fragilité vous semble [choix unique] :

- Dangereux
- Inutile
- Utile
- Nécessaire

12 Une prescription d'activité physique chez une personne de 18 à 64 ans sans pathologie mais inactive et sédentaire vous semble : [choix unique]

- Dangereux
- Inutile
- Utile
- Nécessaire

13 Pensez-vous qu'une ordonnance d'activité physique a une valeur ajoutée par rapport à des conseils dispensés oralement ? [choix unique]

- Oui -> question 13.1
- Non -> question 13.2

13.1 Concernant l'activité physique, quelle(s) serait la/les valeur(s) ajoutée(s) d'une ordonnance écrite par rapport à des conseils oraux ? [choix multiple]

- Légitime le caractère thérapeutique de l'activité physique
- Motive d'avantage le patient
- Favorise la compréhension pour le patient
- Meilleur encadrement de l'activité physique
- Facilite l'adressage du patient
- Sécurise le patient
- Sécurise l'équipe de soins
- Elle est nécessaire dans le cadre des projets au sein de la MSP
- Prise en charge financière de l'activité physique sur ordonnance
- Autre : [réponse libre]

13.2 Selon vous, pourquoi l'ordonnance d'activité physique n'apporte pas de valeur ajoutée par rapport à des conseils oraux ? [choix multiple]

- Si le patient n'est pas motivé, les conseils oraux suffisent
- Sans projet au sein de la MSP, les conseils oraux suffisent
- Sans possibilité d'adressage, les conseils oraux suffisent
- Sans remboursement par la sécurité sociale, cette ordonnance est inutile
- Les patients ne devraient pas avoir besoin de prescription pour faire de l'activité physique

14 Quelles sont les freins ou les limites à la prescription d'activité physique que vous ressentez ? [Choix multiple], [Uniquement si réponse « médecins» question 5]

- Le non-remboursement par l'assurance maladie
- Manque de valorisation pour cet acte spécifique
- Manque de connaissance/formation pour réaliser cette prescription
- Craintes du risque de blessures
- Craintes du risque d'évènements cardiovasculaires
- Manque d'offre d'activité physique sur le territoire
- Absence de parcours de santé pluriprofessionnel dédié pour orienter le patient en fonction de ses limitations
- Aucun

15 Pensez-vous que de faire partie d'une MSP peut être un facteur favorisant cette prescription ? [Choix inique], [Uniquement si réponse « médecins» question 5]

- Oui
- Non

16 Au sein de votre maison de santé, existe-t-il des actions ou projets autour de la réduction de la sédentarité/promotion de l'activité physique ? [choix unique]

- Oui -> 16.1 à 16.6
- Non -> 16.7
- Je ne sais pas -> 16.8

16.1 Sous quelles formes ces actions ou projets sont-ils intégrés à votre MSP ? [choix multiple]

- Reconnaissance en Maison Sport-Santé
- Mission de santé publique
- Protocole
- Activités asales
- Autre : [texte libre]
- Je ne sais pas

16.2 Ces actions ou projets incluent-ils une prescription d'activité physique ? [choix unique]

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

16.3 Vous sentez-vous impliqué dans ces projets ? [Echelle de 0 à 5]

Pas impliqué 1-----2-----3-----4-----5 Très impliqué

16.4 Dans le cadre de ce(s) projet(s), à quelles structures externes à votre MSP faites-vous appel ? [choix multiple]

- Médecine du sport
- Etablissement hospitalier public
- Clinique privée
- Association de sport-santé
- Associations sportives de loisir
- Educateur ou coach sportif APA
- Educateur ou coach sportif indépendant
- Salle de remise en forme
- Internet et outils connectés
- Conférence des financeurs
- Je ne sais pas

- Aucune

16.5 Quelles sont les propositions liées à l'activité physique faites en interne dans votre MSP ? [choix multiple]

- Kinésithérapie
- Education thérapeutique par IDE Asalée
- Groupe de marche
- Repérage spécifique des patients
- Evaluation initiale spécifique
- Suivi spécifique
- Sensibilisation/formation des professionnels de la MSP sur le sujet
- Campagne d'information à destination des patients
- Je ne sais pas
- Autre : [texte libre]

16.6 Quels sont les financements de ces actions ou projets ? [choix multiple]

- Participation des patients, totale ou partielle
- Bénévolat
- Supporté par la SISA
- Supporté par une association
- Subventions nationales
- Subventions départementales
- Mairie ou communauté de commune
- Cliniques privées
- Appels à projets de mutuelles
- Mutualité Sociale Agricole (MSA)
- Pas de financement
- Je ne sais pas
- Autre : [texte libre]

16.7 Selon vous, pourquoi l'activité physique n'a pas été intégrée aux actions/projets de la MSP ? [choix multiple]

- Manque d'intérêt pour le sujet
- Manque de connaissance sur le sujet
- Manque de moyen financier
- Manque de moyen humain
- Manque d'offres d'activité physique sur le territoire
- Thématique trop compliquée à mettre en place
- Autre : [texte libre]

16.8 Pourquoi n'avez-vous pas connaissance de possible projet autour de l'activité physique dans votre MSP? [choix multiple]

- J'ai peu d'intérêt pour cette thématique
- J'ai peu d'intérêt pour les projets coordonnés

17 Est-ce qu'un guide de prescription simplifié, de quelques pages, vous semblerait utile pour favoriser la prise en charge des patients par l'activité physique ? [choix unique]

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'avis

18 Est-ce qu'un modèle d'ordonnance préremplie, vous semblerait utile pour favoriser la prise en charge des patients par l'activité physique ? [choix unique]

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'avis

B. Annexe 2. Guide de prescription de l'activité physique

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE GUIDE SIMPLIFIÉ

D'après les dernières
recommandations de la
HAS, juillet 2022.



PRÉPARÉ PAR

Léa Lefrancq, médecin généraliste
06 66 66 22 52 | lefrancqlea@gmail.com

POURQUOI CE GUIDE ?

Ce guide, réalisé à titre indicatif, est issu des recommandations de la Haute autorité de santé concernant la prescription d'activité physique (juillet 2022). Il a été adapté pour une utilisation en médecine générale et a pour but d'aider le généraliste à réaliser sa propre ordonnance.

SOMMAIRE

Indications	01
Contre-indications	02
Examens complémentaires	03
Evaluer le risque cardiovasculaire	04
Evaluer l'intensité de l'exercice	05
Exemples d'activités	06
Rédiger l'ordonnance	07
Encadrants de l'activité physique	08
Exemples de dispositifs sport-santé	09
Références	10



INDICATIONS

- **Pathologies chroniques en ALD**
Diabète, pathologies cardiovasculaires, néoplasies et pathologies listées en ALD30.
- **Pathologies chroniques non-ALD**
Hypertension artérielle, syndrome anxiodépressif, lombalgie chronique, obésité, etc.
- **Patients présentant des facteurs de risque**
Personnes âgées fragiles, perte d'autonomie, surpoids, grossesse et post partum, etc.
- **Patients inactifs physiquement**
Activité physique inférieure aux objectifs hebdomadaires de l'OMS



Recommandations minimum d'activité physique par semaine, OMS 2020



CONTRE-INDICATIONS AUX ACTIVITÉS MODÉRÉES

- Insuffisance cardiaque décompensée.
- Troubles rythmiques ventriculaires complexes.
- Hypertension artérielle sévère non contrôlée.
- Hypertension artérielle pulmonaire (> 60 mmHg).
- Myocardite ou épanchement péricardique aigu.
- Myocardiopathie obstructive sévère.
- Rétrécissement aortique serré et/ou symptomatique.
- Dénutrition importante.
- Fatigue extrême et/ou incapacité physique manifeste à la pratique d'AP.
- Anémie marquée (hémoglobinémie < 8 g/L)

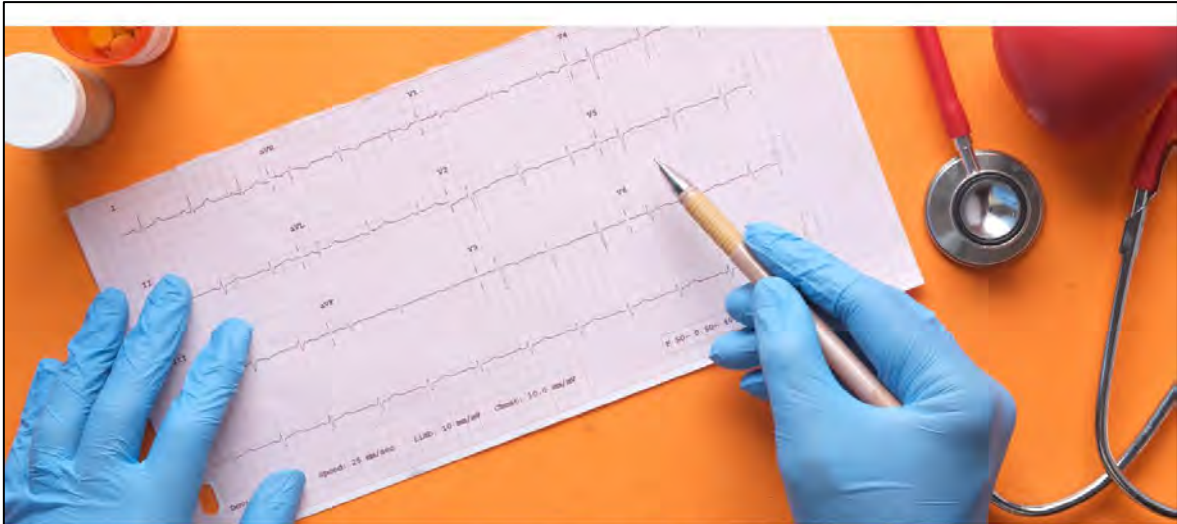
De façon
simplifiée



**Toute pathologie en phase aiguë ou non stabilisée
&
pathologie traumatique non consolidée**

CONTRE-INDICATIONS AUX ACTIVITÉS INTENSES

- Insuffisance respiratoire chronique sous oxygène de longue durée.
- Pathologies respiratoires chroniques sévères (risque de désaturation à l'effort).
- Diabète compliqué avec rétinopathie sévère, traitement récent de l'œil au laser chirurgical, ou dysautonomie sévère.
- Drépanocytose.



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- ▶ Antécédent personnel de maladie CV (hors HTA)
 - ▶ Antécédent familial de pathologie CV ou mort subite
- De 12 à 25 ans : tous les 3 ans*
De 25 à 35 ans : tous les 5 ans



ECG de repos

- ▶ Risque cardiovasculaire élevé
- ▶ Risque cardiovasculaire modéré chez un patient inactif
- ▶ Plus de 70 ans

} + **Activité physique intense**



Epreuve d'effort

- ▶ Pathologie respiratoire chronique sévère



Test de marche 6min + Avis pneumologique

- ▶ Cas complexes / doutes sur la prise en charge



Médecine du sport



EVALUER LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Maladie cardio vasculaire documentée	Risque élevé
Diabète type 1 (sauf jeune sans autre FDRCV) Diabète type 2	
Insuffisance rénale chronique modérée à sévère DFG <60 mL/min	
Hypercholestérolémie totale > 3.1 g/L ou Hypertension artérielle \geq 180/110	
Risque calculé selon méthode SCORE élevé	
.....	
Risque calculé selon méthode SCORE modéré	Risque modéré
.....	
Risque calculé selon méthode SCORE faible	Risque faible

EVALUER L'INTENSITÉ DE L'EXERCICE

FAIBLE

Pénibilité ressentie 3 à 4/10

Pas d'essoufflement, pas de transpiration

<55% de la fréquence cardiaque maximale

MODÉRÉE

Pénibilité ressentie 5 à 6/10

**Essoufflement et transpiration modérée,
conversation possible**

55 à 70 % de la fréquence cardiaque maximale

ELEVÉE

Pénibilité ressentie 7 à 8/10

**Essoufflement important, transpiration abondante,
conversation difficile**

>70% de la fréquence cardiaque maximale



Fréquence cardiaque maximale théorique = 220 - âge

EXEMPLES D'ACTIVITÉS

INTENSITÉ FAIBLE



- Marche lente <4Km/H
- Bowling
- Yoga
- Pilates
- Gymnastique douce
- Danse de salon lente
- Stretching
- Tir à l'arc
- Pétanque
- Jouer un instrument de musique
- S'habiller
- Promener son chien
- S'occuper d'enfants
- S'occuper d'animaux

- Marche 5 à 6,5km/h
- Yoga dynamique
- Tai-chi
- Gymnastique suédoise
- Patinage loisir
- Aquagym
- Tennis de table
- Badminton
- Marche nordique sur terrain plat
- Rameur/vélo d'appartement effort modéré
- Chasse
- Pêche
- Cyclisme loisir <16 km/h
- Golf
- Canoë
- Equitation loisir
- Danse de salon rapide
- Natation de loisir, brasse
- Tâches ménagères
- Jardinage
- Bricolage

INTENSITÉ MODÉRÉE



INTENSITÉ ÉLEVÉE



- Marche 7km/h à plat
- Marche 5km/h en montée
- Course à pied > 8km/h
- Ski
- Boxe
- Squash
- Escalade
- Football
- Marche en randonnée
- Marche nordique en montée
- Danse sportive ou acrobatique
- Haltérophilie
- Cyclisme > 16km/h ou en montagne
- Gymnastique suédoise intense (pompe, traction, etc.)
- Triathlon
- Tennis



RÉDIGER L'ORDONNANCE

Le praticien reste libre de sa prescription. Vous pouvez donc mentionner tout ce qui vous semblera utile. Elle peut être simple et comprendre seulement quelques lignes, ou être très détaillée.

Éléments recommandés par la HAS :

- ✓ Conseils de réduction de la sédentarité.
- ✓ Conseils d'augmentation des activités physiques.
- ✓ Condition physique à développer :
 - Capacité cardiorespiratoire
 - Force
 - Souplesse
 - Equilibre
 - Ou autre
- ✓ Caractéristique de l'activité physique :
 - Fréquence
 - Intensité
 - Temps de la séance
 - Type d'exercice
- ✓ Le type de professionnel requis, si nécessaire.



INTERVENANTS HABILITÉS À ENCADRER L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

LIMITATIONS DU PATIENT

	Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs-kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens	+/-	+/-	++	+++
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
ENCADRANTS Educateurs sportifs	+++	+++	+	Non concernés
Autres encadrants sportifs	+++	++	En pluri-disciplinarité	Non concernés

Tableau des domaines d'interventions préférés des différents métiers de l'activité physique, instruction ministérielle du 3 mars 2017



EXEMPLES DE DISPOSITIFS SPORT SANTÉ EN OCCITANIE



La **Fédération Française d'Education Sportive et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV)** est une association nationale dont le projet est de développer le sport santé pour tous les publics.
<https://ffepgv.fr/>

effORMip est une association régionale qui œuvre en faveur de l'intégration de l'activité physique dans le parcours de soins du patient en Occitanie.
<https://efformip.com/>



Siel Bleu est une association nationale visant à permettre à tous ceux qui le souhaitent d'accéder à des outils préventifs universels et notamment de pratiquer une activité physique adaptée.
<https://www.sielbleu.org/>

L'Union Française des Oeuvres Laïques d'Education Physique est une fédération nationale multisports dont l'objet est l'accessibilité à l'activité physique pour tous.
<https://www.ufolep.org/>





Les **Maisons Sport Santé** sont reconnues via le ministère chargé des Sports et le ministère des Solidarités et de la Santé. Elles permettent une meilleure accessibilité et un encadrement de l'activité physique par des professionnels de la santé et de l'activité physique.
<https://www.sports.gouv.fr/maisons-sport-sante-388>

Occitanie-sport-sante.fr est un site développé par l'ARS Occitanie, en collaboration avec la DRAJES Occitanie. Il cartographie les offres de sport santé dans la région.
<https://occitanie-sport-sante.fr/>



Le label **Ville, Vivez Bougez !** est dispensé par la Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports (DRAJES) aux communes qui s'engagent dans le sport santé sur leur territoire.

La **Fédération Française de la Retraite Sportive** est une association nationale qui propose des activités physiques et sportives adaptées aux personnes de plus de 50 ans.
<https://www.ffrs-retraite-sportive.org/>



RÉFÉRENCES

- ▶ HAS. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. 2022.
Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf

C. Annexe 3. Modèle de prescription d'activité physique

Date :

Nom du patient :

Prescription d'activité physique

Objectif 1 : Diminution de la sédentarité

En premier lieu, considérez toute activité physique comme une opportunité bénéfique pour votre santé, non comme une contrainte.

Habitudes à intégrer :

Objectif 2 : Majorer l'activité physique

Activité	Fréquence	Intensité	Durée	Type	Encadrement
	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> 4 à 6 /semaine <input type="checkbox"/> 2 à 3 /semaine <input type="checkbox"/> 1 /semaine	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Élevée	<input type="checkbox"/> <15 min <input type="checkbox"/> 20 à 30 min <input type="checkbox"/> 45-60 min <input type="checkbox"/> 1h30 <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Activité cardio-respiratoire <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Souplesse <input type="checkbox"/> Équilibre	<input type="checkbox"/> Autonomie <input type="checkbox"/> Association / club de loisir <input type="checkbox"/> Sport-santé <input type="checkbox"/> Educateur sportif <input type="checkbox"/> Enseignant APA <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute
	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> 4 à 6 /semaine <input type="checkbox"/> 2 à 3 /semaine <input type="checkbox"/> 1 /semaine	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Élevée	<input type="checkbox"/> <15 min <input type="checkbox"/> 20 à 30 min <input type="checkbox"/> 45-60 min <input type="checkbox"/> 1h30 <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Activité cardio-respiratoire <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Souplesse <input type="checkbox"/> Équilibre	<input type="checkbox"/> Autonomie <input type="checkbox"/> Association / club de loisir <input type="checkbox"/> Sport-santé <input type="checkbox"/> Educateur sportif <input type="checkbox"/> Enseignant APA <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute
	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> 4 à 6 /semaine <input type="checkbox"/> 2 à 3 /semaine <input type="checkbox"/> 1 /semaine	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Élevée	<input type="checkbox"/> <15 min <input type="checkbox"/> 20 à 30 min <input type="checkbox"/> 45-60 min <input type="checkbox"/> 1h30 <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Activité cardio-respiratoire <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Souplesse <input type="checkbox"/> Équilibre	<input type="checkbox"/> Autonomie <input type="checkbox"/> Association / club de loisir <input type="checkbox"/> Sport-santé <input type="checkbox"/> Educateur sportif <input type="checkbox"/> Enseignant APA <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute

Indication : Bénéficiaire ALD Pathologie/ facteur de risque non-ALD Prévention primaire

Limitations :

Objectifs personnalisés et commentaires :

Durée de la prescription : 1 mois 3 mois 6 mois 1 an Autre :

Signature et tampon du médecin

D. Annexe 4. Affiche de diffusion du questionnaire



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

Intérêts de la prescription médicale d'activité physique en MSP

Thèse menée par Léa Lefrancq, médecin généraliste
06 66 66 22 52 | lefrancqlea@gmail.com



Tous les membres de la MSP sont invités à répondre à ce questionnaire de thèse !

Ressources offertes :

- Guide simplifié de prescription
- Modèle d'ordonnance



SCANNEZ MOI !



Temps de réponse inférieur à 5 min

Titre : Intérêt de la prescription d'activité physique par le médecin généraliste dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles en Ariège, Aude et Haute-Garonne.

Introduction : L'activité physique et la sédentarité sont deux enjeux majeurs de santé publique. La prescription d'activité physique, thérapeutique non médicamenteuse reconnue, se développe peu à peu en France. L'objectif de cette étude était d'évaluer les opinions et les pratiques à propos de cette prescription dans les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Méthode : Une étude transversale quantitative descriptive a été réalisée. Un questionnaire a été adressé aux membres des maisons de santé pluriprofessionnelles de l'Ariège, de l'Aude et de la Haute-Garonne. Les données ont été extraites puis analysées afin d'établir un recueil de pourcentage.

Résultats : La population étudiée comprenait 71 Maisons de santé. Parmi elles, 39 ont participé à l'étude avec 183 questionnaires inclus. 85% des professionnels de santé connaissaient la prescription d'activité physique. 86% estimaient cette prescription essentielle en thérapeutique et 93% estimaient qu'elle avait une valeur ajoutée par rapport à des conseils oraux. Lorsqu'un projet autour de l'activité physique existait, 61% des Maisons de santé y intégraient cette prescription.

Conclusion : La prescription d'activité physique est bien connue des membres des maisons de santé pluriprofessionnelles et son utilité propre est largement admise dans cette population. En pratique, cette prescription est utilisée par la majorité des maisons de santé possédant un projet autour de l'activité physique. Il serait intéressant d'étudier l'influence de l'exercice coordonné sur le taux de prescription.

Mots clefs : prescription d'activité physique, maison de santé pluriprofessionnelle, intérêt

Title: Interest of general practitioner's physical activity prescription within the scope of coordinated exercise amongst multi-professional health centers in Ariège, Aude and Haute-Garonne.

Introduction: Physical activity and sedentary lifestyle are two major public health concerns. Prescription of physical activity, an admitted non-drug treatment, is gradually growing in France. The aim of this study was to assess opinions and practices about this prescription in multi-professional health centers.

Method: A descriptive quantitative cross-sectional study has been conducted. A questionnaire has been addressed to the members of the multi-professional health centers in Ariège, Aude and Haute-Garonne. Data has been extracted and analyzed to establish a percentage collection.

Results: The studied population included 71 health centers. Amongst them, 39 have participated in the study with 183 included questionnaires. 85% of health professionals were acquainted with physical activity prescription. 86% considered this prescription as essential in therapy and 93% esteemed that it had an added value compared to oral advices. When a project around physical activity existed, 61% of health centers included this prescription.

Conclusion: Physical activity prescription is well-known from multi-professional health centers members and its usefulness is largely admitted in this population. In practice, this prescription is used by most health centers offering a project around physical activity. It would be interesting to study the influence of coordinated exercise on prescription rate.

Key Words: physical activity prescription, multi-professional health center, interest