



HAL
open science

Activité physique et précarité : étude qualitative auprès des médecins généralistes exerçant dans les quartiers prioritaires de la ville de Montpellier

Kévin Jasmin

► To cite this version:

Kévin Jasmin. Activité physique et précarité : étude qualitative auprès des médecins généralistes exerçant dans les quartiers prioritaires de la ville de Montpellier. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03124244

HAL Id: dumas-03124244

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03124244>

Submitted on 28 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Kévin JASMIN

Le 19 Novembre 2020

Titre :

« ACTIVITE PHYSIQUE ET PRECARITE : ETUDE QUALITATIVE AUPRES
DES MEDECINS GENERALISTES EXERCANT DANS LES QUARTIERS
PRIORITAIRES DE LA VILLE DE MONTPELLIER »

Directeur de thèse : Docteur Yannick BARNIER

JURY

Président : Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Pr Jacques MERCIER

Dr Michel DAVID

Dr Yannick BARNIER

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Kévin JASMIN

Le 19 Novembre 2020

Titre :

« ACTIVITE PHYSIQUE ET PRECARITE : ETUDE QUALITATIVE AUPRES
DES MEDECINS GENERALISTES EXERCANT DANS LES QUARTIERS
PRIORITAIRES DE LA VILLE DE MONTPELLIER »

Directeur de thèse : Docteur Yannick BARNIER

JURY

Président : Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Pr Jacques MERCIER

Dr Michel DAVID

Dr Yannick BARNIER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Héléne
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire



STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie



HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements :

Je tiens à remercier en tout premier lieu mon directeur de thèse :

- **Le Dr Yannick Barnier.** Je te remercie d'avoir encadré ce travail de thèse, de m'avoir aidé par tes remarques et tes conseils toujours justes et avisés. Et je tiens également à te remercier au nom de tous les internes ayant participé à ce beau projet qu'est l'étude FETOMP. Nous te remercions pour le lourd investissement personnel, ainsi que le temps et la passion que tu mets pour nous accompagner dans cette aventure et dans l'ensemble des travaux en cours que tu diriges.

Je remercie ensuite l'ensemble des membres du jury, qui m'ont fait l'honneur de bien vouloir étudier et évaluer avec attention mon travail :

- **Le Professeur Philippe Lambert,** Professeur Universitaire de Médecine Générale. Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury.
- **Le Professeur Jacques Mercier,** Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier de physiologie du sport et **le Professeur Michel David,** Professeur Associé de médecine Générale. Soyez assurés de mes sincères remerciements de participer à ce jury.

Je remercie **tous les médecins généralistes des QPV de Montpellier**, qui ont accepté de participer à ce travail et au projet FETOMP. Merci de nous avoir accordés de votre précieux temps, et merci pour votre sincérité.

Je remercie également **les patients** qui ont accepté de participer au projet FETOMP

Je remercie ensuite toutes les personnes qui nous ont accompagné et aidé sur ce travail de thèse :

- Le **Pr Laurant Visier**, Professeur de Sociologie au département de sciences humaines sociales de la faculté de médecine de Montpellier, ainsi que tous les médecins / sociologues qui ont participé à ce projet : le **Dr Lucie Clotet**, le **Dr Guilhem Birouste** et le **Dr Jonathan Cohen-Scali**, et bien sur les partenaires strasbourgeois sans qui ce projet n'aurait pas existé, le **Dr Léa Charton** (chef de clinique assistance du DMG de Strasbourg) et le **Dr Christian Bonah** (Directeur du département de sciences humaines et sociales de la faculté de médecine de Strasbourg).
- **Tous les internes qui ont participé au projet FETOMP**, et plus particulièrement **Élise et Charline**, celles qui m'ont suivi et accompagné dans les différents cabinet lors du recueil de donné.
- Je remercie **Mounia**, ma seconde directrice de thèse officielle, ainsi qu'à **Lucie** et **Carole** qui ont minutieusement relu et corrigé les innombrables fautes d'orthographe et grammaire de cette thèse, à **Pierre** pour ses conseils et sa maîtrise parfaite du Pack Office, et bien sûr à **Oriane** pour ne pas avoir relu ma thèse ;)

A mes Maitres. Je remercie l'ensemble des médecins qui m'ont inspiré et formé au cours de ces longues années d'études :

- Aux **Dr Juan Torras** et **Dr Pierre Cuilleux**, mes médecins de famille qui m'ont suivi depuis mon enfance et qui m'ont inconsciemment, inspiré pour mon choix de carrière
- Au **Dr Michel Madeuf**, médecin généraliste à Nanteuil-lès-Meaux, pour lequel le stage de DCEM3 au cours de mon externat fut une révélation sur mon choix de spécialisation : ça sera la médecine générale !
- Aux **Dr Stéphane Adra** et **Dr Jean-Noel Roy**, médecins généralistes à Montpellier où j'ai réalisé mon stage chez le praticien, merci de m'avoir transmis votre passion et votre expérience pour la médecine générale.
- Aux **Dr Pierre Mignen** et **Dr Agathe Favier**, médecins au CH de Lunel, merci pour ces bons moments passés en votre compagnie, à bientôt
- Aux **Dr Mathilde Salacoup** et **Dr Sophie Schuldiner**, Diabétologues aux CHU de Nîmes-Grau du roi,
- Aux **Dr Xavier Martin**, **Dr Marie-Odile Phillipon** et **Dr Isabelle Chuillon**, les médecins qui m'ont accueilli et formé lors de mon premier semestre d'internat, dans le service de médecine polyvalente du CH de Carcassonne.
- À toute l'équipe médicale des **Urgences du CHU de Nîmes**
- À toute l'équipe médicale du **service de Pédiatrie du CH de Perpignan** et au **Dr Guadérique Tourné**, Gynécologue à Perpignan
- Et à toute les médecins généralistes que j'ai rencontré au cabinet médical de Saint-Just : **Dr Célia Gaume**, **Dr Solène Bailly**, **Dr Valentin Vert**, **Dr Pierre Deschamps**, **Dr Yvan Milla**, **Dr Jean-Paul Lautier**, **Dr Xavier Orazi**, **Dr Denise Anselme**, **Dr Catherine Orazi** et **Dr Jean-Yves Milla**

Enfin, un grand merci aux personnes qui comptent pour moi et qui étaient présentes toutes ces années, dans les bons comme dans les mauvais moments ;

A ma famille

A mes amis

A ma chère Mounia

Abréviations :

AP : Activité Physique

APS : Activité Physique et Sportive

APA : Activité Physique Adaptée

METs. : Metabolic Equivalent of Task

HTA : Hypertension Artérielle

EPICES : Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES

OMS : Organisme mondial de la santé

HAS : Haute autorité de santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SNSS : Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024

INSEE : L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

ONZUS : Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles

ZUS : zones urbaines sensibles

ZRU : zones de redynamisation urbaines

QPV : Quartier politique de la ville

MG : Médecin généraliste

ISS : Inégalité sociale de santé

FETOMP : Formation et Éducation thérapeutique concernant l'Obésité en Milieux Précaires

ECOGEN : Éléments de la Consultation en médecine Générale

CISP-2 : Classification Internationale des Soins Primaires - 2

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (organisation internationale des collègues, académies et association académique de médecine générale)

Table des matières :

1. INTRODUCTION.....	3
1.1 ACTIVITE PHYSIQUE	3
1.1.1 Définitions	3
1.1.2 Lien entre santé et activité physique.....	4
1.1.3 Epidémiologie.....	8
1.1.4 Recommandations.....	10
1.2 PAUVRETE, PRECARITE ET INEGALITE SOCIALE DE SANTE	13
1.2.1 Définitions	13
1.2.2 Lien entre précarité et santé	15
1.2.3 Quartiers prioritaires de la Politique de la Ville (QPV)	19
1.3 PROBLEMATIQUE.....	24
2. MATERIEL ET METHODE.....	27
2.1 TYPE D'ETUDE	27
2.2 PRESENTATION DU PROJET FETOMP	28
2.3 METHODE DE RECUEIL DES DONNEES	29
2.3.1 Observation des consultations	29
2.3.2 Entretiens	32
2.4 POPULATION.....	33
2.4.1 Observation des consultations	33
2.4.2 Entretiens :	34
2.5 ANALYSE DES DONNEES	35
2.5.1 Analyse qualitative	35
2.5.2 Analyse des données quantitatives	36
3. RESULTATS.....	38
3.1 RESULTATS DES OBSERVATIONS DE CONSULTATION	38
3.1.1 Population	38
3.1.2 Analyse quantitative des consultations.....	40
3.1.3 Analyse qualitative des verbatims des consultations.....	48
3.2 RESULTATS DES ENTRETIENS	53
3.2.1 Caractéristiques des médecins interrogés.....	53
3.2.2 Définition de la précarité.....	55
3.2.3 Repérage de la précarité	59
3.2.4 Patient pour lequel l'AP est abordée	67
3.2.5 Evaluation de la pratique d'AP du patient.....	69

3.2.6	<i>Conseils prodigués aux patients précaires</i>	70
3.2.7	<i>Freins et difficultés rencontrés par les médecins</i>	73
3.2.8	<i>L'activité physique adaptée</i>	84
3.2.9	<i>Formation</i>	89
4.	DISCUSSION	91
4.1	PRINCIPAUX RESULTATS	91
4.1.1	<i>Définition de la précarité par les médecins</i>	91
4.1.2	<i>Pratique des médecins généralistes</i>	94
4.1.3	<i>Les obstacles et les difficultés</i>	102
4.1.4	<i>Freins à la prescription d'APA chez les patients précaires</i>	116
4.2	POINTS FORTS ET FAIBLES DE NOTRE ETUDE	121
4.2.1	<i>Points forts</i>	121
4.2.2	<i>Points faibles</i>	122
5.	CONCLUSION	126
6.	BIBLIOGRAPHIE :	129
7.	ANNEXES :	139

1. INTRODUCTION

1.1 Activité physique

1.1.1 Définitions

1.1.1.1 Activité physique

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'activité physique (AP) se définit comme tout mouvement, produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique (1).

L'AP englobe les activités exercées quotidiennement, au cours des loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien, familial ou communautaire.

1.1.1.2 Inactivité physique et sédentarité

La sédentarité est définie par le temps passé assis, allongé ou en position debout statique pendant la période d'éveil, entre le lever et le coucher, aboutissant à une faible dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 METs. (Metabolic Equivalent of Task).

L'inactivité physique est à distinguer de la sédentarité. Elle se définit par une pratique de l'activité physique insuffisante et inférieure aux recommandations (150 minutes d'activité physique aérobique à intensité modérée par semaine, soit de 30 minutes de marche quotidienne pendant 5 jours) (2).

1.1.1.3 Activité physique adaptée (APA)

Selon l'article L. 1172-1 du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 (3), l'activité physique adaptée se définit par la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisirs, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques. Elle est basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.

Les programmes d'APA font appel pour leur conception, leur organisation et leur supervision à des professionnels de l'APA ou à des professionnels de santé.

Ils concernent des publics fragiles qui ne sont pas encore autonomes dans la gestion de leur pathologie, et/ou qui sont très éloignés des pratiques physiques (distance sociale) (4).

1.1.2 Lien entre santé et activité physique

Selon une étude parue dans le Lancet en 2012, l'inactivité physique est à l'origine de 9% de la mortalité prématurée dans le monde, soit plus de 5,3 millions des 57 millions de décès annuels (5). On estime qu'elle est la cause principale de 10,1% des cancers du sein, 10,4% des cancers du côlon, de 7,2% des cas de diabète et d'environ 5,8% des cas de cardiopathie ischémique.

En France, l'inactivité physique est responsable de 8,7% des décès prématurés, 5,3% des maladies coronaires, 6,7% des diabètes de type 2, 9,7% des cancers du sein, 9,6% des cancers du côlon (5).

1.1.2.1 Bénéfice de l'AP sur la santé

Il existe de nombreuses preuves de l'effet bénéfique de la pratique d'une activité physique régulière et adaptée sur la santé (6). La régularité de l'AP est primordiale pour maintenir les effets bénéfiques de celle-ci. Les bénéfices d'une AP régulière se maintiennent tant que celle-ci se poursuit, mais inversement, ils disparaissent progressivement en 2 mois en cas de cessation complète de l'AP (7).

Les principaux bénéfices de l'AP sont résumés dans l'annexe 1. L'AP permet de réduire la mortalité toutes causes. Elle réduit également la mortalité d'origine cardio-vasculaire. En prévention primaire, l'activité physique permet de diminuer le risque d'hypertension artérielle, de cardiopathies coronariennes, d'accident vasculaire cérébral, le syndrome métabolique, le diabète de type 2, de cancer du sein et du colon, de dépression et de chute, ainsi que le taux de mortalité toute-causes (5).

Dans le diabète de type 2, l'AP permet d'obtenir un meilleur contrôle glycémique (8). Dans la dyslipidémie, une perte de poids modeste (5% du poids du corps) associée à de l'activité physique d'intensité modérée, sont très efficaces pour améliorer toutes les anomalies lipidiques. Elle permet aussi de réduire le risque cardiovasculaire souvent associé à une adiposité abdominale (9).

Dans l'HTA, les études épidémiologiques suggèrent qu'une activité physique aérobique régulière est bénéfique à la fois dans la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle (10,11). Dans l'insuffisance cardiaque chronique, plusieurs revues systématiques et méta-analyses de petites études ont montrées que le réentraînement à l'effort améliore la qualité de vie et réduit le taux d'hospitalisation (12,13).

Dans la gonarthrose et la coxarthrose, il existe des preuves de l'efficacité de l'exercice physique sur la réduction de la douleur et l'amélioration fonctionnelle(14,15).

Chez la personne âgée, l'AP améliore de la qualité de vie ; elle permet de diminuer le risque de chutes, améliore les capacités fonctionnelles et l'autonomie. Elle réduit les symptômes d'anxiété et de dépression et diminue le risque de démence (16).

Dans plusieurs cancers (sein, colorectal, prostate), l'AP réduit la mortalité toutes causes. Pendant et après le traitement, elle améliore la qualité de vie et diminue la sensation de fatigue. Elle peut améliorer la survie après un cancer du sein ou un cancer colorectal(17,18).

1.1.2.2 Bénéfice de la réduction de la sédentarité (Cf. Annexe 2)

Le comportement sédentaire est un déterminant majeur de l'état de santé.

Chez les adultes physiquement inactifs, il est acquis que le remplacement d'un comportement sédentaire par des AP d'intensité légère (ou plus) a des effets bénéfiques sur la santé, notamment en diminuant la mortalité cardiovasculaire (19).

Il existe des interactions entre le temps de sédentarité, le niveau habituel d'AP régulière et leurs effets sur la santé. Ainsi, la réduction du comportement sédentaire est d'autant plus bénéfique sur la santé s'il est associé à une activité physique.

Inversement, au même niveau d'AP, les effets bénéfiques sur la santé seront moins prononcés chez un patient avec un comportement sédentaire plus important (19).

1.1.2.3 APA, un traitement non médicamenteux de nombreuses maladies chroniques

L'APA est destinée à des patients fragiles, et/ou très éloignés des pratiques d'activité physique. L'organisation, l'encadrement et la supervision de l'APA par des professionnels de l'APA ou de la santé, permettraient de prévenir et de réduire les risques liés à la pratique de l'AP.

L'AP sous forme d'APA intervient dans les préventions primaires, secondaires et tertiaires de nombreuses maladies chroniques et états de santé. Elle est considérée comme une thérapeutique non médicamenteuse à part entière dans de nombreuses maladies chroniques et états de santé (20). Ainsi, de nombreuses sociétés savantes recommandent l'activité physique dans le traitement de maladies chroniques et états de santé, comme l'obésité, l'arthrose, le diabète, HTA, le cancer, etc.

1.1.2.4 Risques liés à l'AP

Les principaux risques liés à l'AP sont les blessures musculosquelettiques, extrêmement fréquentes, secondaires à des accidents du sport. Même s'ils sont très fréquents, la peur des accidents musculosquelettiques ne doit pas contre-indiquer la prescription d'AP. En effet, les bénéfices pour la santé d'une AP régulière sont largement supérieurs aux risques et aux conséquences de lésions musculosquelettiques.

Les événements cardiovasculaires graves, comme la mort subite du sportif ou l'infarctus du myocarde sont d'une extrême gravité, mais sont relativement rares. Aux Etats-Unis, l'incidence annuelle des morts subites au cours ou au décours immédiat d'un sport de loisir a été évaluée à 4,6 cas par million d'habitants (21). En France, 830 cas ont été dénombrés entre 2005 et 2010, presque exclusivement masculins et essentiellement lors d'activités de loisirs (22). L'AP d'intensité modérée ne provoque pratiquement jamais d'événements cardiovasculaires graves chez un individu en bonne santé avec un système cardiovasculaire intègre (23). Dans l'immense majorité des cas, ces accidents révèlent d'une pathologie cardio-vasculaire méconnue. Chez les individus atteints de maladies cardio-vasculaires connues, il y a une augmentation transitoire du risque d'événements cardiovasculaires graves lors de la pratique d'une AP d'intensité élevée (23,24).

Chez la personne âgée de plus de 65 ans, les capacités d'adaptation à une hausse de la pression artérielle, les capacités de thermorégulation diminuent et le seuil de la sensation de soif augmente. Certaines mesures préventives doivent alors être prises chez la personne âgée afin d'éviter les accidents :

- La pratique de l'AP doit être raisonnée et adaptée aux capacités physiques et cognitives de la personne âgée ;
- Chez la personne âgée présentant des facteurs de risques cardio-vasculaires, l'intensité de l'activité devrait être minime ou modérée, et régulée à partir de la perception de l'effort et/ou de la fréquence cardiaque ;
- L'AP ne doit pas être pratiquée dans des ambiances chaudes ;
- La consommation d'eau doit être majorée, même en l'absence de sensation de soif pendant et après la pratique.

Les adultes de plus de 65 ans pratiquant une AP ont un risque de blessure traumatique lors de la pratique de celle-ci, mais sont moins à risque de blessure dans les activités de la vie quotidienne que les personnes n'en pratiquant pas d'AP.

1.1.3 Epidémiologie

1.1.3.1 L'AP en France

En France, les données épidémiologiques indiquent que l'inactivité physique et la sédentarité gagnent du terrain dans la population (24,25).

Les femmes sont les plus concernées, en 10 ans, la proportion de femmes physiquement actives a baissé de 16%. Chez des adultes de 18 à 74 ans, seuls 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignent les recommandations de l'OMS en matière d'AP. Il n'y avait pas de différence selon le niveau de diplôme.

La sédentarité a également fortement augmenté ces 10 dernières années. Près de 90 % des adultes déclarent 3 heures ou plus par jour de temps passé à des comportements sédentaires et 41 % plus de 7 heures. Entre 2006 et 2015, la proportion d'adultes déclarant passer plus de 3 heures devant un écran, en dehors de toute activité professionnelle, est passée de 53 % à 80%. Cette augmentation touchait toutes les classes d'âge et tous les niveaux de diplôme, mais elle était plus prononcée chez les femmes. La sédentarité semblait davantage le fait de "loisirs sédentaires" (du type temps passé devant un écran) chez les personnes les moins diplômées et davantage le fait d'une activité professionnelle sédentaire chez les plus diplômées.

Environ un tiers des adultes cumulait un niveau de sédentarité élevé et un niveau d'AP inférieur aux recommandations pour la santé.

1.1.3.2 Activité physique et statut socioéconomique

Les études épidémiologiques ont évalué la pratique de l'AP et le taux de sédentarité en fonction du statut socioéconomique. Dans les principales études épidémiologiques françaises, le niveau de revenu, la profession et le niveau d'études étaient utilisés comme marqueurs du statut socio-économique. À noter qu'aucune de ces études n'utilise des critères spécifiques de précarité, comme par exemple le score EPICES(24–26).

Si nous utilisons le niveau de revenu comme critère pour définir le statut social d'un individu, il existe un gradient socioéconomique aux comportements défavorables à la santé.

Le tabagisme, la consommation d'alcool excessive, un régime diététique non sain, l'inactivité physique et la sédentarité sont plus fréquentes chez les classes sociales les plus défavorisées (26).

Concernant l'activité physique, les études retrouvaient un taux d'inactivité physique plus important dans les catégories socio-professionnelles les plus basses (26). La proportion de personnes déclarant une pratique sportive est plus importante pour les niveaux de diplômes et de revenus plus élevés. Ces différences se retrouvent également dans l'adhésion à une association ou une structure privée, la pratique d'une activité encadrée et la participation à des compétitions. À noter cependant que les personnes qui ont un travail physique, de position socioéconomique plus faible, sont moins susceptibles de pratiquer une activité physique durant les loisirs, mais ces personnes pourraient avoir un niveau global d'activité plus élevé que celles avec un travail plus sédentaire (27). Si nous prenons le niveau d'étude comme critère, la part des individus ayant un niveau d'activité physique élevé augmente avec le niveau d'étude de l'individu, notamment l'AP de loisir (24,25), mais l'AP au travail est plus le fait des catégories socioéconomiques faibles.

Concernant la sédentarité, la relation avec le statut social semble tout aussi complexe. Des études montrent que le temps passé assis est plus important chez les personnes de position socioéconomique plus élevée. Cependant, une position socioéconomique plus faible est associée à un temps passé devant un écran plus élevé, notamment pendant leur temps libre. Une explication probable à cette observation pourrait être liée aux professions exercées, associées à des temps passés assis plus élevés (travail de bureau, travail sur ordinateur).

Dans l'étude ESTEBAN, cette tendance se confirmait, la sédentarité semblait davantage le fait de "loisirs sédentaires" les personnes les moins diplômées et davantage le fait d'une activité professionnelle sédentaire chez les plus diplômés.

L'environnement physique, quant à lui, peut jouer un rôle important pour faciliter ou empêcher des comportements favorables de santé. Concernant la pratique de l'activité physique de loisirs, la disponibilité et l'accessibilité (notamment en matière de distance) d'installations sportives et de loisirs varient selon l'environnement socio-économique d'un quartier. Celles-ci sont en relation avec le niveau d'activité physique moyen du quartier, quelle que soit la volonté individuelle des habitants (27).

1.1.4 Recommandations

1.1.4.1 Recommandations OMS

En 2010, l'OMS a publié des recommandations mondiales afin de lutter contre la sédentarité, qui est considérée comme le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial. Ces recommandations mondiales sont essentiellement axées sur la prévention primaire des maladies non transmissibles par l'activité physique au niveau des populations. Elles préconisent (28) :

- Chez les adultes, il est recommandé de pratiquer au cours de la semaine, au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée, ou au moins 75 minutes d'activité d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.
- Chez les personnes âgées dont la mobilité est réduite, il est recommandé de pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine. Lorsque ces personnes ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.
- Les enfants et jeunes gens âgés de 5 à 17 ans, devraient accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue. Le fait de pratiquer une activité physique pendant plus de 60 minutes apporte un bénéfice supplémentaire pour la santé. L'activité physique quotidienne devrait être essentiellement une activité d'endurance. Des activités d'intensité soutenue, notamment celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être incorporées au moins trois fois par semaine.

En 2018, l'OMS a établi un plan d'action, destiné aux États, afin de promouvoir l'activité physique et de lutter contre la sédentarité. Ce plan a pour objectif de réduire l'inactivité physique de 15% chez l'adulte et chez l'adolescent d'ici à 2030. Il recommande aux États d'engager des mesures dans 20 domaines visant, à créer des sociétés plus actives, en améliorant les environnements et en ouvrant davantage de possibilités aux personnes de tout âge, quelles que soient leurs capacités, de pratiquer davantage la marche, le vélo, les activités sportives, les loisirs actifs, la danse et le jeu (29).

1.1.4.2 Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024

Lutter contre la sédentarité et promouvoir l'activité physique sont des enjeux de santé publique. Les pouvoirs publics ont donc élaboré une stratégie nationale de promotion et de développement des structures sportives afin de rendre accessible à tous l'activité physique (30).

Le ministère des sports et le ministère des solidarités et de la santé ont donc mis en œuvre une Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 avec la conviction que la pratique des activités physiques et sportives (APS) pour la santé relevée de l'intérêt général.

L'objectif est d'améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie, et de lutter contre l'accroissement de la sédentarité, l'inactivité physique et l'ensemble des pathologies chroniques.

Cette stratégie reprend en partie les préconisations sur l'activité physique du Programme National Nutrition Santé (PNNS) (31) et les recommandations de l'HAS de 2019 (32).

La Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 s'articule autour de 4 axes :

- Promouvoir la santé et le bien-être par l'activité physique et sportive :
 - En encourageant la pratique d'une activité physique et sportive à tous les âges de la vie, de manière régulière, durable et adaptée, et lutter contre les comportements sédentaires dans la vie quotidienne.
 - Promouvoir les APS via des campagnes de communication.
 - Développer des offres de pratique ciblées pour chacun des publics : écoliers, étudiants, seniors, professionnels, détenus, personnes en situation de précarité...
 - Étoffer l'offre locale d'équipements sportifs et encourager la création d'équipements légers de loisirs. Le ministère des Sports investit 20 millions d'euros sur la construction et la rénovation d'équipements sportifs en priorité sur les territoires carencés en 2019.
 - Favoriser les mobilités actives au quotidien (marche et vélo), avec le lancement du Plan « Savoir Rouler à Vélo » : dispositif d'apprentissage du vélo et de la circulation en autonomie
 - Déployer les maisons sport santé sur l'ensemble du territoire, avec comme objectif 100 maisons « sport santé » en fin 2019 et 500 d'ici à 2022.

- Développer l'offre à l'activité physique adaptée (APA) à des fins thérapeutiques :
 - Reconnaître le rôle majeur de l'APA dans un parcours de soin pour le traitement des maladies chroniques.
 - Mieux sensibiliser et former l'ensemble des médecins à la prescription d'activité physique adaptée, avec dès 2019, mise à disposition des médecins d'outils en appui à la prescription et à la décision médicale à partir des recommandations de la Haute Autorité de Santé (32).
 - Développer l'orientation et l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques vers une offre et un cadre de pratique adapté, avec comme objectif de créer d'ici 2021, une plateforme en ligne recensant les offres d'APS et d'APA.
 - Accompagner et soutenir le développement des prises en charge de l'activité physique adaptée en mobilisant tous les financeurs possibles.

- Mieux protéger la santé des sportifs et renforcer la sécurité des pratiques quelle que soit leur intensité.

- Documenter et diffuser les connaissances relatives aux bénéfices et aux impacts de la pratique sportive sur la santé et la condition physique.

1.2 Pauvreté, précarité et inégalité Sociale de santé

1.2.1 Définitions

1.2.1.1 Pauvreté

Il n'existe pas de consensus à la définition de pauvreté. La notion de pauvreté est spécifique à une époque et à une société donnée.

La plupart des définitions la pauvreté s'entend principalement comme absence ou insuffisance de ressources d'un individu ou d'un groupe. Selon le Conseil Européen de décembre 1984, sont considérées comme pauvres « les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans la société. » (33).

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Ainsi, en France, selon l'INSEE : « *un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté (Niveau de vie : revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation) [...] Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Le seuil est fixé à 60 % de la médiane de niveau de vie.* » (34)

Cette définition relative diffère de l'approche "absolue", utilisée dans les pays anglo-saxons, qui définissent un seuil de ressources, qui ne varie pas en fonction des évolutions de la richesse, en-dessous duquel on est compté comme pauvre

D'après le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, cette approche monétaire de la pauvreté présente des limites. En effet, « *elle ne peut pas rendre compte de la pauvreté au moment donné : si le revenu médian augmente plus vite que le revenu des pauvres, alors la pauvreté augmente. De plus, elle ne peut pas rendre compte de la situation des plus pauvres parmi les pauvres ; elle reste donc très limitée. On peut donc se demander si l'approche monétaire est pertinente pour calculer la pauvreté. Elle serait insuffisante et il faudrait prendre en compte d'autres indicateurs comme les conditions de vie, l'accès aux droits, à la santé, au logement ou à la culture.* » (35).

1.2.1.2 Pauvreté en France :

Selon les chiffres de l'INSEE, en 2015, la médiane de niveau de vie s'établissait à 1 015 euros par mois pour une personne seule. Avec 8,9 millions de personnes vivant avec un niveau de vie inférieur à ce seuil, le taux de pauvreté au seuil de 60 % de la médiane est de 14,2 % de la population en 2015. En 2017, ce taux reste stable, avec 8,8 millions de personnes en situation de pauvreté monétaire, soit 14,0 % de la population(36).

Dans le département de l'Hérault, 19,2% de la population départementale vit sous le seuil de pauvreté, ce qui en fait le 10e département le plus pauvre de France métropolitaine (37).

1.2.1.3 La Précarité

En 1987, un rapport rédigé par Joseph Wresinski, au nom du Conseil économique, social et environnemental, définit la précarité comme l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux.

Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible (38).

Une autre définition est celle de Townsend, aussi en 1987 : « *État d'un désavantage observable et démontrable relatif à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle un individu, une famille ou un groupe appartient. Ce concept de précarité englobe des conditions variées, indépendantes des revenus, expérimentées par les personnes qui sont pauvres.* » Il renvoie à deux dimensions : une dimension sociale (isolement, exclusion ...) et matérielle (santé, emploi, logement ...) (39).

En 1998, le Haut Comité de Santé Publique, définit la précarité comme le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale.

Cette définition rejoint celle de Wresinski, Elle se définit comme un état d'instabilité sociale conduisant à une grande vulnérabilité face à un certain nombre de handicaps sociaux, qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale, susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté ou de l'exclusion (40).

1.2.2 **Lien entre précarité et santé**

1.2.2.1 **Inégalités sociales de santé :**

Les inégalités sociales de santé correspondent aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Elles font référence aux différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et son appartenance à un groupe social. Les inégalités sociales de santé sont observées selon divers indicateurs, individuels, tels que la catégorie sociale, le revenu, le niveau d'étude, ou collectifs tels que le niveau de pauvreté des quartiers de résidence (27,41).

Les inégalités sociales de santé se traduisent par une différence d'espérance de vie entre les différentes catégories sociales, en défaveur pour les catégories les plus défavorisées. En effet, selon l'INSEE, en 2013, l'espérance de vie à 35 ans varie selon la catégorie sociale. Ainsi, l'espérance de vie d'une femme cadre de 35 ans est de 53 ans tandis que celle d'une ouvrière n'est que de 49,8 ans. De leur côté, les hommes cadres de 35 ans peuvent espérer vivre encore 49 ans et les hommes ouvriers 42,6 ans. Par ailleurs, les cadres ont également une espérance de vie sans incapacité plus longue que les ouvriers (42,43).

Les inégalités sociales de santé ne correspondent pas uniquement aux différences entre les groupes les plus défavorisés et les plus favorisés. On observe un gradient social de santé dans l'ensemble de la population : l'état de santé des cadres est meilleur que celui des employés, lui-même meilleur que celui des ouvriers. Au sein des ouvriers, on observe aussi un gradient social : la mortalité des ouvriers qualifiés est plus faible que celle des ouvriers agricoles, elle-même plus faible que celle des ouvriers non qualifiés (44).

Les études épidémiologiques retrouvaient des différences de mortalité en fonction de la catégorie socioéconomique, en défaveur des catégories les plus défavorisées (26). Il existe également un gradient socioéconomique de la prévalence de la plupart des maladies chroniques, une fois de plus en défaveur des populations les plus précaires. De plus, les personnes en situation précaire présentent des pathologies découvertes à un stade plus avancé que les autres(43,45).

Ces résultats concordent avec ceux évaluant les facteurs de risque de mortalité et de maladies chronique dans ce groupe de population. En effet, le statut socioéconomique défavorable était associé à de nombreux comportements défavorables à la santé, tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité, l'inactivité physique, une alimentation moins saine, le surpoids et l'obésité (26,43,46–48).

Ces inégalités sociales de santé sont causées par des facteurs que l'OMS nomme les « déterminants sociaux de la santé ». Il s'agit des conditions dans lesquelles l'Homme évolue au cours de sa vie et qui ont un impact sur sa santé.

1.2.2.2 Les déterminants sociaux de santé

En 1946, l'OMS définit la santé comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité»(49). Selon la charte d'Ottawa, « *la santé exige un certain nombre de conditions préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* » (50).

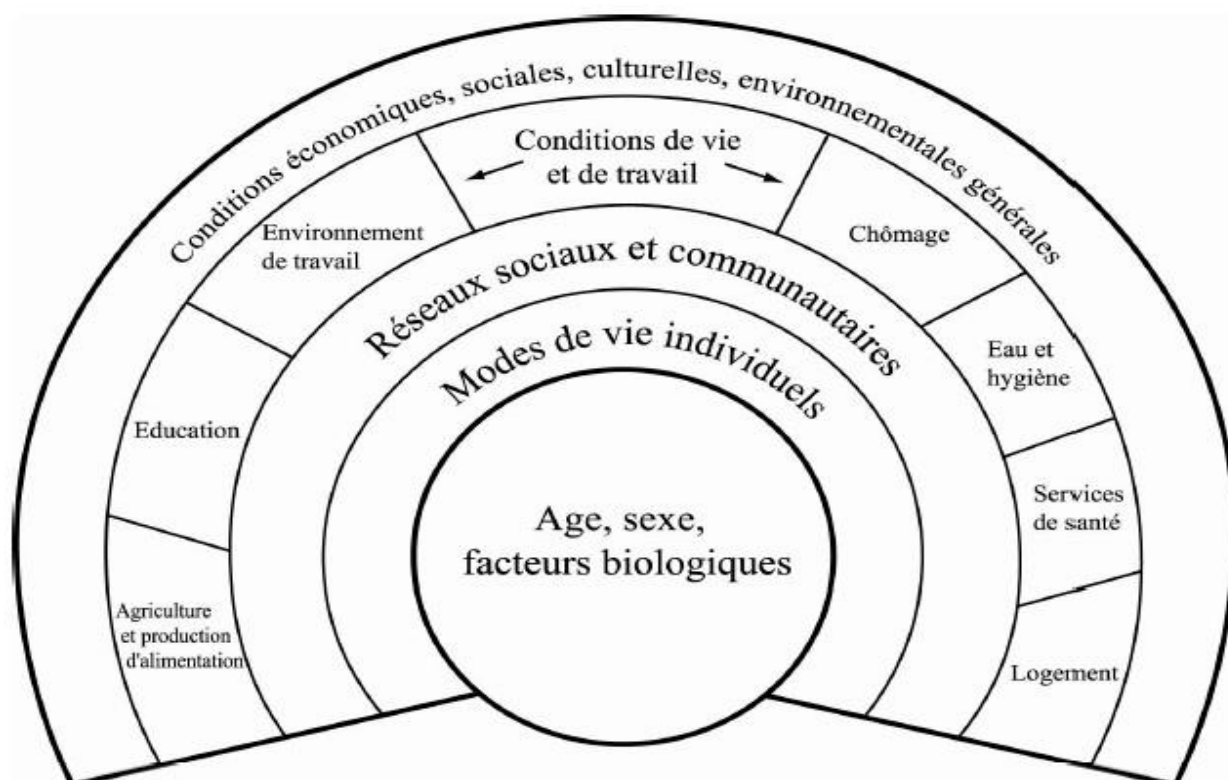
Pour l'OMS, les déterminants sociaux de santé sont : « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est-à-dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde* » (51).

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2007) distingue trois composantes fondamentales qui s'imbriquent de façon complexe(52) :

- Les déterminants structurels comprennent le contexte politique et socio-économique (gouvernance, politiques, culture, valeurs sociétales) du pays ou vit l'individu.
- La position sociale de l'individu incluant :
 - Le statut socioéconomique de l'individu,
 - Le revenu,
 - La formation professionnelle et l'emploi,
 - Le genre,
 - L'ethnie.
- Et enfin, les déterminants intermédiaires de la santé découlent de ces déterminants structurels et de la position sociale de l'individu :
 - Les circonstances matérielles : le logement, les moyens financiers pour s'habiller ou se nourrir.
 - Les circonstances socio-environnementales : les facteurs de stress psychosocial, la faiblesse du support social ou familial
 - Les facteurs comportementaux et biologiques : facteurs liés à la génétique, comportements de dépendance, de régime alimentaire et d'activité physique
 - Le système de soins : accessibilité.

L'état de santé est donc la résultante d'interactions complexes entre de multiples facteurs, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces déterminants sociaux de santé sont d'ordres individuels (comportement individuel et situation socioéconomique de l'individu) et contextuels (contexte social et politique dans lequel l'individu se trouve).

Figure 1 : Déterminants sociaux de santé selon Dahlgren et Whitehead, 1991.



1.2.2.3 Rôle du médecin traitant dans la réduction des inégalités sociales de santé

La lutte contre les inégalités sociales de santé a pris une place de choix dans les politiques de santé publique. Il a été montré que l'organisation des soins en parcours de soins, la coopération entre professionnels de santé et les actions de prévention contribuent à la réduction des inégalités sociales de santé (53).

Les médecins sont au cœur du parcours de soins coordonnés. Les soins s'organisent autour du médecin référent, dont les principales missions sont les suivantes (54,55) : assurer un 1^{er} niveau de recours aux soins, coordonner le suivi médical, orienter dans le parcours de soins coordonnés vers les autres intervenants de santé.

Les médecins généralistes sont également en première ligne en matière de soins primaires et de médecine préventive(56). Ils réalisent 300 millions de consultations par an. En moyenne, ils voient chaque patient 3 à 4 fois dans l'année.

Ces contacts fréquents et répétés avec les patients placent les médecins généralistes dans une position privilégiée pour réaliser le repérage des patients les plus fragiles, d'orientation et une potentielle intervention (44).

Le médecin généraliste est ainsi l'acteur central dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, à la fois par le repérage des patients en situation de précarité, et par son rôle de pivot du parcours de soins coordonnés. Il est également le mieux placé pour organiser la prise en charge préventive de ses patients parce qu'il les accompagne dans la durée et coordonne leurs soins.

Cependant les inégalités sociales de santé sont parfois difficiles à percevoir par les médecins, au-delà des aspects criants de la grande précarité. Les médecins généralistes se doivent donc de prendre en compte ces inégalités sociales de santé en recueillant des informations afin de connaître la situation sociale des patients. Ceci permettrait d'adapter leur prise en charge, afin de participer à la réduction des inégalités sociales de santé, ou tout au moins ne pas contribuer à les accroître (44).

Concernant l'activité physique, la promotion de celle-ci permettrait de réduire les inégalités sociales de santé. En effet, comme nous l'avons vu ci-dessus, l'inactivité physique et la sédentarité sont des facteurs de morbi-mortalités. De plus, la sédentarité et l'inactivité physique seraient plus importantes dans les milieux les plus défavorisés, de ces faits, ce sont des déterminants sociaux de santé. Par son rôle en matière de médecine préventive et de soins primaires, le médecin traitant est le principal promoteur de l'activité physique, et ainsi acteur dans la lutte contre les inégalités sociale de santé.

1.2.3 Quartiers prioritaires de la Politique de la Ville (QPV)

1.2.3.1 Inégalité sociale de santé et « effet quartier »

Comme vu précédemment, les inégalités sociales de santé sont dues aux déterminants sociaux de santé. En plus des déterminants individuels, tel le comportement individuel et le statut socio-économique de l'individu, il existe des déterminants environnementaux de santé.

Un de ces déterminants est l'environnement social dans lequel évolue un l'individu. Un environnement social délétère peut créer des situations d'inégalités collectives qui viennent renforcer les inégalités individuelles (57). Ainsi, le quartier dans lequel vit un individu peut influencer de manière positive ou négative l'état de santé de celui-ci, indépendamment des caractéristiques socio-économiques propres à l'individu et de son comportement personnel. C'est ce que l'on peut nommer « l'effet quartier ».

Pour les habitants des quartiers les plus défavorisés, ce n'est donc pas seulement l'état de santé qui est davantage dégradé pour les habitants des quartiers défavorisés, mais tout un ensemble d'attitudes et de conduites qui se renforcent mutuellement (57).

Dans différents rapports, l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (ONZUS), devenu depuis Observatoire National de la Politique de la Ville (ONPV), montrait que l'état de santé des habitants des ZUS (devenus depuis QPV), en comparaison avec celui des habitants des mêmes agglomérations ne vivant pas dans ces quartiers, était défavorable pour plusieurs indicateurs de santé.

Pour certains de ces indicateurs, notamment l'état de santé perçu et le renoncement aux soins, les caractéristiques individuelles des habitants des ZUS ne suffisaient pas à expliquer l'ensemble des écarts observés.

Il existait un « effet quartier » influençant l'état de santé des habitants des ZUS, indépendamment des caractéristiques socio-économiques. En effet, dans ces rapports, cet « effet quartier » demeure après prise en compte des caractéristiques des individus : *« À caractéristiques socio-économiques individuelles identiques, plus les personnes vivent dans un quartier où le niveau social et économique est faible, plus la probabilité qu'elles se déclarent en mauvaise santé est élevée. [...] Elles déclarent également plus fréquemment avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. [...] Elles disposent également moins souvent d'une couverture maladie complémentaire, tout en étant par ailleurs plus souvent bénéficiaires de la CMUc. [...] De même, si toutes les personnes sans emploi ont une plus grande probabilité de se faire hospitaliser, ce risque est trois fois plus important pour les habitants d'une ZUS. »* (58,59)

1.2.3.2 Les QPV de la Ville de Montpellier

Depuis un décret de 2014(60) et dans le cadre d'une loi de cohésion urbaine, les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ont remplacé les zones urbaines sensibles (ZUS) et les zones de redynamisation urbaines (ZRU) ;

Ils sont caractérisés par :

- Un nombre minimal d'habitants
- Un écart de développement économique et social apprécié par un critère de revenu des habitants.

Cette loi a permis de mettre en avant 1 300 quartiers prioritaires de plus de 10 000 habitants. Par le moyen d'actions de politiques publiques, l'objectif est d'assurer l'égalité entre les territoires, de réduire les écarts de développement entre les quartiers défavorisés et leurs unités urbaines et d'améliorer les conditions de vie de leurs habitants. Par exemple, il a d'ores et déjà été mis en place, des avantages fiscaux pour les habitants de ces quartiers.

La ville de Montpellier compte plus de 272 000 habitants. Sur son territoire, 12 quartiers ont été retenus comme prioritaires dans le cadre de la politique de la Ville. Ils regroupent au total 52 400 habitants, soit 19,3 % de la population municipale (61).

Ces quartiers sont caractérisés par une population très jeune par rapport au reste de la ville, notamment avec une part importante d'enfant d'âge inférieur à 14 ans (sauf pour le quartier d'Aiguelongue et de Figuerolles qui font exception avec une population plus âgée que dans le reste de la ville de Montpellier).

Figure 2 : Quartiers prioritaires de la Politique de la Ville de Montpellier :

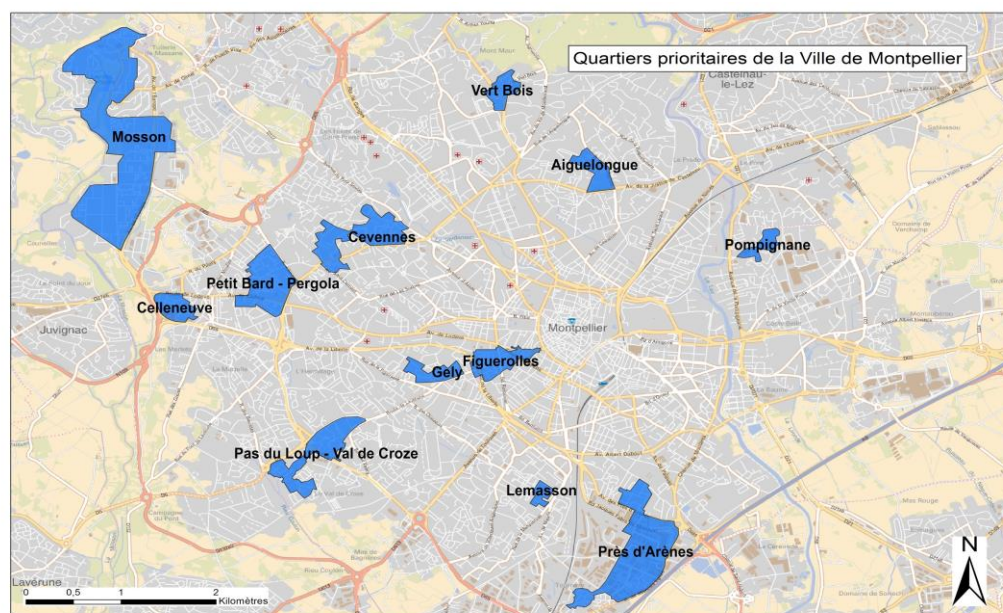


Tableau 1 : Profil de la population selon l'âge :

Quartier	Age < 14 ans	15 à 24 ans	> 75 ans
Montpellier	15,3	22,0	7,4
Mosson	29,1	16,8	4,3
Cévennes	20,8	19,7	5,1
Petit Bard	24,3	18,2	5,7
Celleneuve	19,0	11,4	6,0
Aiguelongue	17,0	15,0	11,1
Pompignane	21,1	11,5	ND
Vertbois	7,1	52,4	ND
Cité Gély	20,7	24,4	6,3
Figuerolles	12,6	23,8	7,7
Pas de loup val de Croze	22,5	15,7	6,7
Pre-d'Arène	23,4	13,5	6,4
Lemasson	22,3	12,8	12,2

Dans ces quartiers la proportion de population précaire est plus importante que dans le reste de la ville de Montpellier. La situation sociale des habitants de ces quartiers est décrite à travers 5 indicateurs qui sont des déterminants sociaux de santé :

- Les personnes de 15 ans et plus, non scolarisées et sans diplôme ;
- Les bénéficiaires de la CMUc ;
- Le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté
- Les emplois précaires
- Les familles monoparentales

Les valeurs de l'ensemble de ces indicateurs décrivant les déterminants sociaux de la santé témoignent de la situation défavorable de ces quartiers par rapport à l'ensemble de la ville.

Tableau 2 : Déterminants sociaux selon le quartier :

Quartier	Personnes de plus de 15 ans, non scolarisées et sans diplôme	Bénéficiaires de la CMUc	Seuil de la pauvreté	Emplois précaires	Les familles monoparentales
Montpellier	43,6	16,0	25,5	19,1	9,8
Mosson	77,7	37,3	57,4	23,6	16,2
Cévennes	55,7	27,5	45,8	22,8	10,5
Petit Bard	70,0	32,6	58,1	25,6	11,3
Celleneuve	56,8	22,2	35,3	16,6	ND
Aiguelongue	75,4	32,1	40,9	ND	ND
Pompignane	67,1	26,3	40,0	ND	ND
Vertbois	41,8	22,0	41,0	30,4	ND
Cité Gély	62,0	49,8	49,8	ND	31,7
Figuerolles	43,0	20,8	43,4	24,1	11,8
Pas de loup - val de Croze	70,1	32,6	44,2	19,0	19,0
Pre-d'Arène	63,3	23,9	37,1	18,7	19,3
Lemasson	ND	23,9	34,3	ND	20,0

1.3 **PROBLEMATIQUE**

Comme nous l'avons vu précédemment, l'activité physique est incontestablement bénéfique pour la santé. De plus, un comportement sédentaire est un facteur de morbi-mortalité important. Les données épidémiologiques montraient que les Français ont une pratique de l'AP en dessous des recommandations de l'OMS, et ont un comportement sédentaire important.

Les inégalités sociales de santé correspondent aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Elles font référence aux différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Les individus les plus précaires ont une espérance de vie inférieure aux individus appartenant aux classes sociales qui leur sont supérieures. De plus, on retrouve une relation entre statut social et maladie chronique. La prévalence de la quasi-totalité des maladies chroniques est plus fréquente en bas de la hiérarchie sociale.

Ces inégalités sociales de santé sont liées aux déterminants sociaux de santé. Il s'agit des conditions dans lesquelles un individu évolue au cours de sa vie et qui ont un impact sur sa santé. Les déterminants de santé sont d'ordre individuel (comportement individuel et situation socioéconomique de l'individu) et contextuel (contexte social et politique dans lequel l'individu se trouve).

Ainsi, d'un point de vue individuel, il existe un gradient socioéconomique aux comportements défavorables à la santé, et notamment l'inactivité physique et la sédentarité. Ceux-ci sont plus fréquents chez les classes sociales les plus défavorisées. Ces comportements délétères étant des facteurs de risque de morbi-mortalité et de maladies chroniques, ils accentuent les inégalités sociales de santé. Pour la plupart des maladies chroniques, il a été prouvé que l'activité physique et l'APA ont des effets bénéfiques sur la morbi-mortalité et/ou la qualité de vie. Ainsi, que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire, l'activité physique a une place importante dans la prise en charge de ces maladies. C'est pour ces raisons que la promotion de l'activité physique permet de participer à la lutte contre les inégalités sociales de santé.

D'un point de vue contextuel, l'environnement social dans lequel vit un individu est un déterminant social de santé important. Un type d'environnement peut créer des situations d'inégalités collectives qui viennent renforcer les inégalités individuelles(57). Afin de lutter contre cet « effet quartier », la politique de la ville a défini des quartiers définis comme prioritaires (QPV), dans le but de réduire les écarts de développement entre les différents quartiers de la ville et d'améliorer les conditions de vie de leurs habitants. Sur la ville de Montpellier 12 quartiers ont été définis ainsi. Ces quartiers concentrent une population importante d'individus en situation de précarité, les indicateurs sociaux témoignant de la situation défavorable de ces quartiers par rapport à l'ensemble de la ville.

Face à ce constat, les autorités sanitaires (OMS, ministère de la santé, HAS) ont rédigé des recommandations afin de promouvoir la pratique de l'AP et développer l'APA. L'objectif est de lutter contre la sédentarité et l'inactivité physique, de favoriser la prescription d'APA et le développement de programme l'APA. L'accent a été particulièrement mis sur la prescription d'APA chez les populations les plus fragiles, notamment les patients atteints de maladies chroniques, ainsi que chez les personnes les plus précaires. Un autre des objectifs est de développer les structures d'APA dans les quartiers les plus défavorisés.

Le médecin généraliste est mis au centre des recommandations sur l'activité physique, son rôle est d'inciter ses patients à pratiquer de l'AP, quel qu'en soit la forme, de prescrire de l'APA chez les patients les plus fragiles et atteints de maladie chronique.

Le médecin généraliste est en première ligne du parcours de soins, il a son rôle central en matière de médecine préventive et de promotion de la santé. Il est également un rôle dans le repérage des patients les plus démunis. Par son action essentielle de prévention, de promotion de la santé, de repérage et d'intervention, il participe à réduction des inégalités sociales de santé.

Malgré le rôle central des médecins traitants et la volonté politique de promouvoir l'AP et APA, les médecins généralistes peuvent rencontrer des difficultés au quotidien pour promouvoir l'activité physique auprès de leurs patients. En effet, dans la population générale, le sujet de l'AP n'est que rarement abordé par les médecins généralistes lors de leurs consultations, et n'est pas abordé avec tous les patients(62,63).

Plusieurs études et thèses de médecine générale ont déjà essayé de comprendre les raisons des difficultés rencontrées par les médecins traitant concernant le sujet de l'activité physique, que ce soit dans la population générale ou concernant des patients atteints d'une pathologie particulière (diabète, obésité, maladie cardiovasculaire)(62–67). D'autres thèses ont essayé de comprendre les difficultés rencontrées par les patients précaires dans la pratique de l'AP(68). Mais à notre connaissance, aucune étude n'a étudié les pratiques des médecins généralistes concernant la promotion de l'activité physique chez les patients précaires en France.

Il nous a donc paru intéressant d'étudier la question dans cette population, car la promotion de l'AP et la prescription d'APA permettraient de lutter contre les inégalités sociales de santé.

L'objectif de cette étude est de comprendre les pratiques des médecins généralistes concernant la question de l'activité physique chez les patients précaires issus des quartiers prioritaires de la ville de Montpellier. Comment les médecins généralistes font-ils la promotion de l'AP et comment prescrivent-ils de l'APA chez les patients les plus précaires ? Quels obstacles et difficultés rencontrent-ils spécifiquement chez les patients en situation de précarité ?

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Afin de répondre à la problématique nous avons réalisé une approche à la fois qualitative et quantitative.

Tout d'abord, nous avons réalisé une analyse qualitative. Ce type d'étude semblait le plus approprié pour comprendre les pratiques et recueillir les difficultés des médecins généralistes des QPV en matière d'AP. Pour cette analyse nous avons utilisé deux types de données :

Dans un premier temps, nous avons extrait de la base de données du projet FETOMP (cf. ci-dessous) des données issues de l'observation directe des consultations de médecine générale réalisées dans les QPV de Montpellier.

Puis dans un second temps, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés des médecins généralistes exerçant dans un des QPV de la ville de Montpellier.

Puis, afin d'approfondir notre travail nous avons réalisé une analyse des données quantitatives issues de la base de données du projet FETOMP (cf. ci-dessous). Cette partie quantitative nous a permis d'obtenir des données épidémiologiques sur les patients des QPV de Montpellier, et notamment en matière d'AP.

2.2 Présentation du projet FETOMP

Initialement le projet de recherche FETOMP (Formation et éducation thérapeutique concernant l'obésité en milieux précaires) est né d'une collaboration entre l'Agence Régionale de Santé Alsace et la ville de Strasbourg, pour donner suite à un appel à projet de la ville. Le travail de recherche est le fruit de la collaboration entre les départements de médecine générale et les départements de sciences humaines, à Montpellier et Strasbourg.

8 doctorants strasbourgeois en médecine générale se sont regroupés pour réaliser un travail en commun avec pour objectif de faire un état des lieux de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte dans les quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg. Un travail observationnel de consultation « tout venant » au sein de cabinets de médecine générale dans les quartiers précaires de la ville de Strasbourg s'est donc mis en place progressivement courant 2017 (cf. méthode de recueil des données). Au total, 398 consultations d'adultes chez 13 médecins généralistes exerçant dans différents QPV de Strasbourg ont été observées par 8 internes en médecine générale sur une période de 8 mois au cours de l'année 2017 et 2018.

La volonté de collaboration entre départements de médecine générale et sciences humaines à la faculté de médecine de Montpellier- Nîmes et de Strasbourg ont conduit leurs directeurs à associer les villes dans ce projet. Le protocole de recherche a donc été repris à l'identique pour étendre l'étude à Montpellier.

Un groupe de 11 internes de médecine générale a été créé à Montpellier. Ils ont été recrutés par le Dr Yannick Barnier, chef de clinique de médecine générale, sur la base du volontariat, après diffusion du projet de recherche.

Les partenaires strasbourgeois, le Dr Léa Charton (chef de clinique assistance du DMG de Strasbourg) et le Dr Christian Bonah (Directeur du département de sciences humaines et sociales de la faculté de médecine de Strasbourg), ont fait le déplacement à Montpellier au cours d'une journée en septembre 2018, afin de former les internes à la méthodologie et que son application soit harmonieuse entre les deux villes.

Tous les médecins généralistes exerçant en QPV de Montpellier ont été sollicités début 2019 pour le recrutement, par appels téléphoniques du Dr Yannick Barnier ou du Dr Lucie Clotet. Les médecins ayant répondu favorablement, ont ensuite été rencontrés dans leur cabinet afin de leur présenter notre projet de manière plus explicite. Tous les médecins rencontrés à leur cabinet ont été favorables. Ils n'ont pas été informés des données spécifiquement recueillies sur le surpoids et l'obésité, pour ne pas biaiser l'orientation des consultations.

Les 11 internes du groupe de recherche FETOMP Montpellier ont débuté le recueil en février 2019, par binômes, auprès de 12 médecins exerçant au sein de 5 cabinets libéraux, situés dans 3 des 12 QPV (La Paillade, Les Cévennes et Aiguelongue), exerçants en QPV à Montpellier, ayant donné leur accord pour participer au projet après rencontre avec les investigateurs.

Ce travail a été mené en « double aveugle » dans la mesure où ni le médecin, ni le patient ne connaissaient l'objectif final de l'étude. Il leur a été expliqué que l'étude permettait l'observation des consultations de médecine générale dans les QPV. Le recueil de données s'est étendu sur une période de six mois : de février à août 2019.

2.3 Méthode de recueil des données

2.3.1 Observation des consultations

2.3.1.1 Base de données du projet FETOMP

Pour constituer cette base de données, un recueil a été effectué à l'aide de plusieurs outils méthodologiques.

Avant chaque consultation, un premier interne rencontrait le patient pour lui expliquer le projet et pour recueillir son consentement. Par la suite, l'interne remplissait avec le patient un score permettant d'estimer le degré de précarité (score EPICES) (cf. Annexe 3).

Puis, un second interne observait la consultation aux côtés du médecin généraliste et remplissait :

- Une grille (ECOGEN) permettant de coder les différents moments de consultation, selon la classification CISP-2 (cf. annexe 4) : motif de consultation, examen clinique, procédure réalisée par le médecin, les résultats de consultation, traitement prescrit ; ainsi que recueillir la taille, le poids et l'IMC du patient.
- Une feuille qualitative, plus ouverte, permettant de décrire les informations verbales et non verbales observées lors de la consultation.
- La consultation était enregistrée sur dictaphone/smartphone, afin de perdre le moins de données possible.
- Par la suite, les patients ayant été jugés en surpoids (IMC >25kg/m²) ou authentifiés comme tels, et en situation précaire étaient recontactés, pour discuter ouvertement de leur vision du surpoids.

Chaque consultation a été anonymisée ; en effet pour chaque consultation, un code prédéfini en fonction de l'interne, du médecin et du jour de la consultation a été attribué.

La saisie des données de consultations a été faite de manière différée par chaque interne dans une base de données centralisée Google drive dédiée au projet, notamment sur un fichier Google Sheets, où tous les résultats de consultation sont codés sous la forme de codes de la CISP-2 (cf. annexe 5).

Ce protocole a reçu l'aval d'un comité d'éthique à Strasbourg.

2.3.1.2 Données quantitatives des consultations

Pour chaque médecin généraliste nous avons recueilli les données suivantes : Âge, genre, statut familial, milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), secteur conventionnel, mode d'exercice (isolé, en groupe médical, en groupe pluridisciplinaire, en centre de santé), durée d'exercice, durée de travail hebdomadaire, nombre annuel de consultations, nombre annuel de semaines de congé, formation médicale continue, réception de visiteurs médicaux.

Le score EPICES (cf. Annexe 3) :

Le score EPICES signifie « Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé ». C'est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

Il fut créé en 1998 par des membres des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie, des membres du CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation des CES) et des membres de l'École de santé publique de Nancy, à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prenait en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, évènements de vie, santé perçue.

Parmi les 42 questions initiales, 11 ont été retenues dans l'actuel score EPICES permettant d'évaluer à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient et la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité.

La grille ECOGEN (cf. Annexe 4) :

Utilisée pour la première fois pour l'étude ECOGEN « Éléments de la Consultation en médecine Générale » en 2011, il s'agit d'une grille d'observation de la consultation regroupant :

- Les motifs de consultations,
- Les procédures effectuées par le médecin généraliste,
- Les diagnostics posés lors de la consultation,
- Les traitements prescrits.

On y retrouve également des données épidémiologiques telles que : le sexe du patient, l'année de naissance, si le patient est connu du cabinet, s'il s'agit d'un étudiant ou non, son affiliation à la Sécurité sociale ou une mutuelle, sa catégorie socio-professionnelle, sa langue maternelle, la durée de la consultation, la pesée ou non du patient, ainsi que son IMC.

Un codage des items est appliqué à l'aide de la Classification Internationale des Soins Primaires - 2 (CISP-2). Cette classification a été développée par l'organisation internationale de la médecine générale (WONCA) (cf. Annexe 5) pour permettre aux professionnels de santé le recueil, ainsi que l'analyse épidémiologique des données de consultations en médecine générale.

2.3.1.3 Données qualitatives des consultations

Ainsi, comme décrit ci-dessus, les consultations ont été enregistrées afin de perdre le moins de données possible. À partir de ces enregistrements audio, il a été possible d'extraire des verbatims des consultations.

2.3.2 Entretiens

Après avoir observé les pratiques des médecins généralistes au cours des consultations, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien, et cela afin de mieux comprendre les pratiques et les difficultés des médecins généralistes.

Ainsi, 10 entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre Octobre 2019 et Décembre 2019.

2.3.2.1 Guide d'entretien (Cf. Annexe 6)

Le guide d'entretien a été élaboré par l'étudiant-chercheur comprenant plusieurs questions semi-ouvertes. Les questions exploraient différents aspects :

Deux questions abordaient la notion de précarité, une revenait sur la définition du concept, l'autre sur les moyens de repérage de la précarité utilisés par le médecin.

Ensuite plusieurs questions traitaient de la promotion de l'AP chez le patient précaire. Ces questions exploraient les pratiques du médecin en matière d'AP, les difficultés rencontrées par le praticien au cours de la consultation, les difficultés rencontrées spécifiquement avec le patient précaire.

Quelques questions traitaient plus spécifiquement de l'activité physique adaptée, des modalités de prescription, des freins rencontrés à la prescription, des difficultés rencontrées avec les patients précaires.

Une question concernait la formation des médecins généralistes en matière d'activité physique et d'activité physique adaptée.

2.3.2.2 Déroulement de l'entretien

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés individuels, en face à face, au cabinet des médecins généralistes. Les entretiens ont été enregistrés après recueil du consentement oral du médecin et de manière anonyme, à l'aide d'un smartphone. Ceux-ci ont été réalisés par le même investigateur (Kévin Jasmin). Le but de l'entretien était expliqué aux médecins avant le début de l'entretien.

2.4 Population

2.4.1 Observation des consultations

La population étudiée était les médecins généralistes installés, exerçant dans un des 12 QPV de Montpellier. Tous les médecins exerçant en QPV ont été sollicités par téléphone. La liste des médecins exerçant dans ces quartiers a été réalisée à l'aide du site des Pages Jaunes (www.pagesjaunes.fr) et du site Conseil National de l'Ordre des médecins (<https://www.conseil-national.medecin.fr/>),

12 médecins généralistes installés en QPV à Montpellier ont donné leur accord pour participer au projet. Une première rencontre a eu lieu avec un des investigateurs pour présenter le recueil et l'organisation. Tous les médecins rencontrés à leur cabinet ont été favorables.

La base de données FETOMP comprenait un corpus de données de 486 patients, recueilli au cours des observations des consultations observées auprès de ces 12 médecins. Pour sélectionner les consultations à retranscrire et à analyser, nous avons tout d'abord exclu les consultations de patient de moins de 18 ans. Après cette première sélection, l'ensemble des enregistrements des consultations de patients adultes ont été réécoutés intégralement afin de ne perdre aucune donnée concernant l'AP. Nous avons donc réécouté au total 355 enregistrements afin d'extraire les informations concernant l'AP, 174 enregistrements de patient précaire et 181 enregistrements de patient non précaire.

Ainsi, après identification des consultations abordant le sujet de l'AP, nous avons pu comparer statistiquement les données quantitatives entre le groupe patient précaire et le groupe patient non précaire.

Ensuite, afin de réaliser l'analyse qualitative des verbatim de consultation, dans le groupe patient précaire, nous avons retranscrit mot-à-mot l'extrait de la consultation traitant du sujet, sous format texte sous format Word.

2.4.2 **Entretiens :**

Pour réaliser les entretiens, les médecins généralistes installés dans l'un de 12 QPV de la commune de Montpellier ont à nouveau été sollicités. Tous les médecins généralistes exerçant au sein de l'un de ces quartiers ont de nouveau été contactés par téléphone, afin de convenir d'un rendez-vous au cabinet du médecin pour réaliser l'entretien.

Le recrutement s'est terminé lorsque tous les médecins généralistes installés dans un des QPV de Montpellier ont été sollicités, ceux-ci ayant soit acceptés de participer à notre étude, soit refusé, soit n'ayant jamais répondu.

38 médecins généralistes ont été sollicités :

- 10 ont accepté de participer à notre étude
- 28 médecins ont refusé de participer à notre étude et de réaliser un entretien. Trois motifs étaient alors évoqués :
 - 21 médecins ont évoqué un manque de temps. La réalisation d'un entretien d'une vingtaine de minutes leur semblait irréalisable dans une journée de travail déjà très chargée.
 - 3 médecins n'étaient pas intéressés par le sujet
 - 1 médecin n'avait pas envie de participer à l'étude
 - 3 médecins n'ont jamais répondu aux sollicitations, malgré de multiples tentatives pour entrer en contact avec eux.

À noter que certains médecins ayant accepté de participer aux observations des consultations, ont refusé de réaliser l'entretien. L'explication donnée était toujours le manque de temps.

Cela est peut-être dû au fait que l'observation de consultation n'empiétait pas sur leur temps de consultation. De plus, le recrutement et la réalisation des entretiens se sont étendus d'Octobre 2019 à Décembre 2019, certains des médecins ayant refusé m'expliquaient que la période n'était pas propice car elle tombait pendant une période d'épidémies d'infections virales, et que leur charge de travail avait considérablement augmenté depuis l'observation des consultations au Printemps-Eté 2019. Enfin, un des médecins ayant participé aux observations des consultations avait dans l'intervalle pris sa retraite.

2.5 Analyse des données

2.5.1 Analyse qualitative

2.5.1.1 Analyse des consultations

La retranscription des observations de consultations a permis d'obtenir des verbatims des consultations, notés en fonction des codes de la consultation. Les verbatims ont été encodés, puis analysés selon une méthode inductive.

2.5.1.2 Analyse des entretiens

Nous avons retranscrit mot-à-mot les entretiens, ce qui nous a permis d'obtenir des Verbatims, noté de M1 à M10. Nous avons alors réalisé une analyse qualitative thématique de ces verbatims.

L'analyse thématique a pour objectif de faire ressortir les thèmes fondamentaux contenus dans le discours des participants et associés à la problématique (69). Ainsi, pour répondre à la question de recherche, comprendre les pratiques des médecins généralistes concernant l'AP chez les patients précaires, et mettre en évidence des obstacles et difficultés potentiels dans leur pratique, cette méthode d'analyse nous semblait la plus pertinente.

Pour procéder à l'analyse thématique, un codage des verbatims a été réalisé. Ceux-ci ont été rapprochés en thèmes ou en sous-thèmes, à partir desquels ont pu émerger des grandes catégories.

2.5.1.3 Triangulation des données

Les entretiens produisent des données sur le comportement rapporté tandis que les observations produisent des données sur le comportement actuel. Il existe une différence entre ce que les sujets déclarent et la façon dont ils agissent (70).

En combinant deux méthodes, l'observation des consultations et les entretiens, on réalise une triangulation des outils, ce qui permet d'apporter plus de validité interne et de rigueur à l'étude. En superposant et en combinant plusieurs méthodes, cela permet de limiter notamment les biais d'interprétation.

Enfin, les échanges entre internes au sein du projet FETOMP ont permis de stimuler la réflexivité et constituent également une « triangulation des chercheurs ».

2.5.2 Analyse des données quantitatives

Une analyse secondaire des données quantitatives a été réalisée à partir des données issues du recueil de données FETOMP.

Nous avons analysé :

- Le nombre de consultations abordant la question de l'activité physique ;
- Les caractéristiques des patients (âge, sexe, IMC, poids, niveau de maîtrise de la langue française, couverture maladie...) ;
- Caractéristique des consultations (motif de consultation, nombre de motifs de consultation, durée de la consultation).

Nous avons comparé ces données entre les consultations de patient précaire et les consultations de patient non précaire. Nous avons également comparé les données des consultations concernant les patients précaires ou l'AP était abordé aux consultations où l'AP n'était pas abordé.

Les variables quantitatives (âge, poids, IMC, nombre de motifs de consultation, durée des consultations...) seront présentées en moyenne + /- écart-type, elles ont été analysées selon le test de Student. Les variables qualitatives nominales (Abord de l'AP, sexe, étudiant, langue parlée...), seront présentées sous forme de pourcentage et analysées selon le test du Chi 2 ou le test exact de Fischer selon la taille de l'échantillon.

Les statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel Excel® et de l'outil biostatTGV. Le seuil de significativité statistique a été retenu pour un $p < 0,05$.

3. RESULTATS

3.1 Résultats des observations de consultation

3.1.1 Population

3.1.1.1 Caractéristiques des médecins

L'observation des consultations a été réalisée chez 11 médecins généralistes.

Il y avait 5 médecins hommes et 6 médecins femmes. L'âge moyen des médecins était de 47 ans (30 ans à 72 ans). La durée d'installation allait de 1 an à 45 ans (17 ans en moyenne).

Concernant la charge de travail par médecin, la durée de travail hebdomadaire variait de 28 heures/semaine à 70 heures/semaine (45 heures en moyenne). Le nombre de consultations par an de chaque médecin variait quant à lui de 3300 patients/an à plus de 8500 patients/an.

Le nombre de consultations observées par médecin était très variable, allant de 8 (médecin K) à 86 (médecin B), avec une moyenne de 44 consultations par médecin.

Trois quartiers (sur 12) sont représentés dans notre étude : le quartier de la Mosson avec 4 médecins et 198 consultations, le quartier des Cévennes avec 4 médecins et 175 consultations, et enfin le quartier d'Aiguelongue avec 3 médecins et 113 consultations.

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins :

Médecin	Age (Années)	Genre	Mode d'exercice	Durée d'exercice (années)	Temps de travail hebdomadaire (heures)	Nombre de consultations par an	Nombre de consultations observées
A	30	M	Libéral/groupe	2	48	5000	13
B	30	F	Libéral/groupe	1,5	37	4050	86
C	38	F	Libéral/groupe	11	40	NSP	21
D	47	F	Libéral/groupe	9	40	4400	78
E	32	F	Libéral/groupe	1	28	3800	44
F	58	M	Libéral/groupe	26	45	4200	45
G	39	F	Libéral/groupe	7	39	3300	33
I	56	M	Libéral/groupe	28	48	5000	53
J	52	F	Libéral/groupe	20	40	4000	8
K	65	M	Libéral/groupe	33	70	8500	32
L	72	M	Libéral/groupe	45	65	6000	73

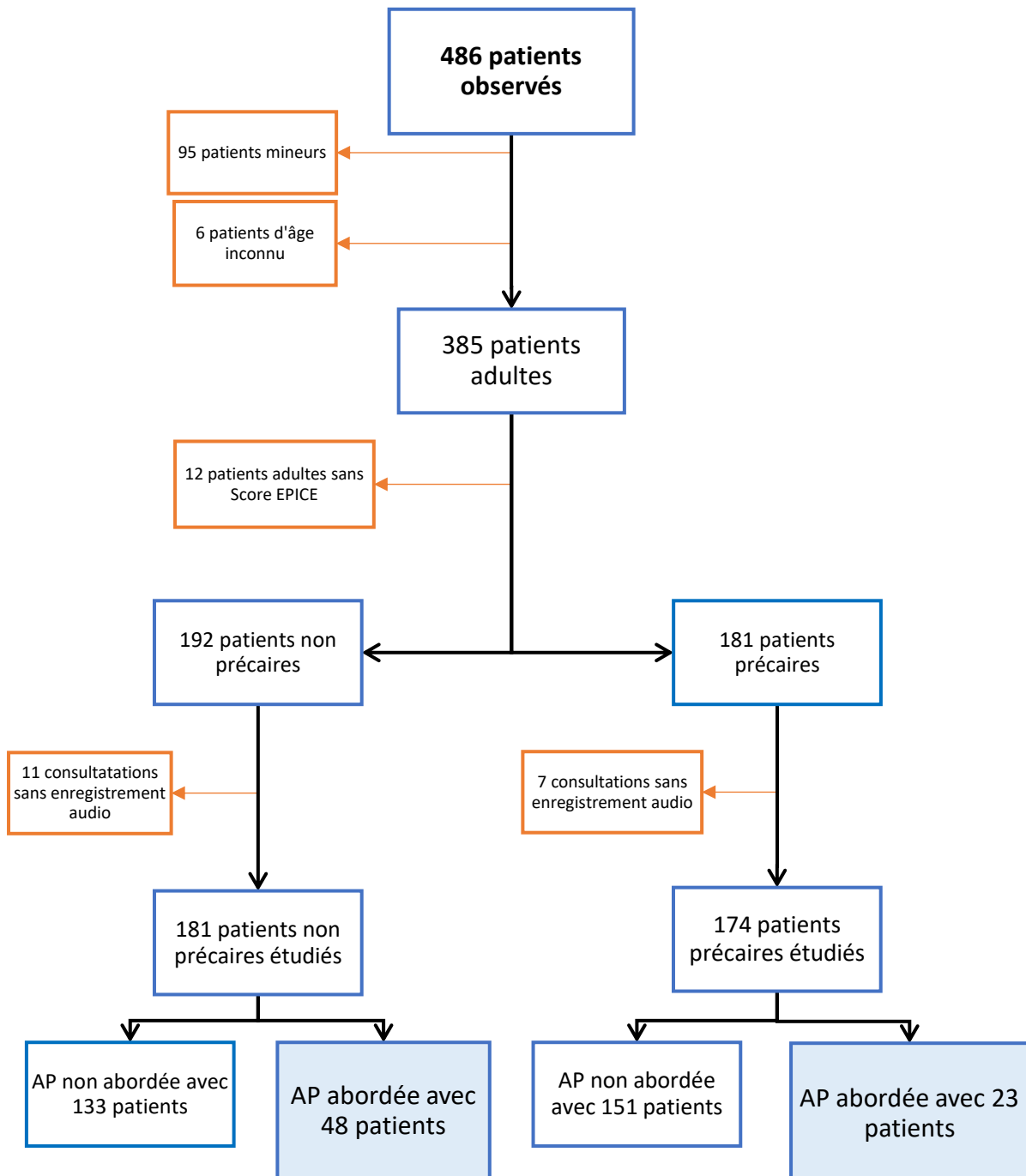
Tableau 4 : Nombre de médecins et de consultations par quartier :

Quartier	Nombre de médecins observés	Nombre de consultations observées
Mosson	4	198
Cévennes	4	175
Aiguelongue	3	113

3.1.2 Analyse quantitative des consultations

3.1.2.1 Diagramme de flux :

Figure 3 : diagramme de flux



Nous avons au total observé 486 patients au cours des observations de consultation.

Sur ces consultations, 95 patients ont été exclus car ils étaient mineurs, et 6 car l'âge du patient était inconnu. Ainsi, il restait 385 patients adultes.

Sur ces 385 patients, 192 étaient non précaires et 181 étaient précaires. 12 patients n'avaient pas eu d'évaluation par le Score EPICE, ils ont donc été également exclus. Nous avons ensuite exclu les consultations de patients n'ayant pas bénéficié d'un enregistrement audio, soit 7 dans le groupe des patients précaires et 11 dans le groupe non précaire.

Au total, 174 patients ont donc été étudiés dans le groupe adultes précaires et 181 patients dans le groupe adultes non précaires.

L'AP a été abordée avec 23 patients dans le groupe précaire. Les enregistrements de ces consultations ont été retranscrits en verbatim et ont été analysés qualitativement (cf. ci-dessous).

L'AP a été abordée avec 48 patients non précaires.

3.1.2.2 Différences entre les deux groupes étudiés :

Tableau 5 : Différences entre groupe adulte précaire et groupe adulte non précaire

Donnée	Groupe adulte précaire n (%) ou moyenne ± écart-type	Groupe adulte non précaire n (%) ou moyenne ± écart-type	p (Chi ² ou Student)
Effectif	174	181	
Nombre de consultations où l'AP a été abordée	23 (13,2 %)	48 (26,5 %)	0,0017
Age moyen (années)	51 +/- 16,5	52 +/- 20,3	0,64
Durée de consultation (mm : ss)	16 :23 +/- 7 :22	16 :55 +/- 7 :32	0,50
Genre (Ratio H/F) H F	0,66 60 114	0,63 67 114	0,62
Nombre de motifs de consultation	3,56 +/- 1,97	3,28 +/- 2,08	0,19
Nombre d'étudiants dans le groupe	7 (4,0 %)	17 (9,4 %)	0,044
Poids (kg) IMC (kg/m²)	74,29 +/- 14,49 27.11 +/- 5,36	70,46 +/- 14,12 24.70 +/- 4,19	0,019 <0,00001

L'AP a été significativement moins abordée dans le groupe adulte précaire que dans le groupe non précaire (OR = 0,42 ; [0,24 – 0,73], p = 0,0017).

Il existait une différence significative entre les deux groupes sur le poids moyen et l'IMC moyen. On retrouvait un poids (74,29 +/- 14,49 vs. 70,46 +/- 14,12, p=0,019 ; [0,6282 – 7,0402]) et IMC (27.11 +/- 5,36 vs. 24.70 +/- 4,19, p<0,00001 ; [1,2948 – 3,5276]) significativement plus élevés dans le groupe précaire par rapport au groupe non précaire.

Il y avait moins d'étudiants dans le groupe précaire que dans le groupe non précaire. Dans le groupe précaire 7 patients étaient étudiants, contre 17 dans le groupe non précaire (OR=0,4 ; [0,16 – 0,99], p=0,044).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant l'âge, le genre, la durée moyenne de consultation et le nombre de motifs de consultation. L'âge moyen était de 51 ans dans le groupe précaire et de 52 ans dans le groupe non précaire.

La durée moyenne de consultation était de 16 minutes et 23 secondes dans le groupe précaire, et de 16 minutes et 55 secondes dans le groupe non précaire. La différence entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative.

Le nombre de motifs par consultation était de 3,56 dans le groupe précaire et de 3,28 dans le groupe non précaire. Une fois encore, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Le groupe précaire comprenait 60 hommes pour 114 femmes. Dans le groupe non précaire il y avait 67 hommes pour 114 femmes.

Tableau 6 : Caractéristiques linguistiques des patients :

	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P (Chi ² ou Fisher)
Langue maternelle :			
▪ Français	89 (53,6%)	134 (74,7%)	0,00003
▪ Arabe	50 (30,1%)	33 (18,4%)	0,011
▪ Berbère	7 (4,2%)	8 (4,5%)	0,90
▪ Espagnol	10 (6,0%)	1 (0,6%)	0,004
▪ Autres Langues :			
· Catalan	2 (1,2%)	1 (0,6%)	0.61
· Chinois	0 (0%)	1 (0,6%)	1
· Malgache	1 (0,6%)	0 (0%)	0.48
· Perse	1 (0,6%)	0 (0%)	0.48
· Portugais	1 (0,6%)	0 (0%)	0.48
· Quechua	1 (0,6%)	0 (0%)	0.48
· Russe	1 (0,6%)	0 (0%)	0.48
· Tsigane	1 (0,6%)	0 (0%)	0.48
· Sango	1 (0,6%)	0 (0%)	0.48
· Turc	1 (0,6%)	0 (0%)	0.48
· Vietnamien	0 (0%)	1 (0,6%)	1
NC	8	2	
Maitrise de la langue française :			
· Parfaite	152 (87,4%)	167 (92,3%)	0,13
· Approximative	18 (10,3%)	9 (5,0%)	0,057
· Pas du tout	4 (1,7%)	5 (2,8%)	0,51

La langue maternelle du patient était moins souvent le français dans le groupe précaire que dans le groupe non précaire. Dans le groupe non précaire, la langue maternelle était le français dans trois quarts des cas, contre la moitié des cas dans le groupe précaire (OR=0,39 ; [0,25 - 0,61], p=0,00003).

L'arabe (OR=1,91 ; [1,16 – 3,16], p=0,011) et l'espagnol (OR=11.4232 ; [1,5933 – 499,9468] ; p =0,004) était plus souvent la langue maternelle du patient dans le groupe précaire que dans le groupe non précaire.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant les autres langues maternelles.

Enfin, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes sur le niveau de maîtrise de la langue française.

Tableau 7 : Statut exonérateur de la sécurité sociale des patients :

Statut d'exonération	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P (Chi ² ou Fisher)
Aucune exonération	61 (35,1%)	138 (76,2%)	<10⁻¹⁵
ACS	7 (4,0%)	2 (1,1%)	0,10
ALD	27 (15,5%)	18 (9,9%)	0,11
AME	3 (1,7%)	0 (0%)	0,11
CMU	67 (37,9%)	20 (11,0%)	<10⁻⁸
INV	8 (4,6%)	3 (1,7%)	0,13
AT/MP	8 (4,6%)	2 (1,1%)	0,06
Non affilié	1 (0,6%)	0 (0%)	0,49

Il y avait plus de patients bénéficiaires de la CMU dans le groupe précaire que dans le groupe non précaire (OR = 5,04 ; [2,89 – 8,79] ; $p < 10^{-8}$).

Les patients précaires avaient moins souvent aucune exonération de la sécurité sociale (OR = 0.17 ; [0,11 – 0,27] ; $p < 10^{-14}$).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant les autres types d'exonération.

Tableau 8 : Caractéristiques professionnelles des patients :

Profession	Précaire	Non précaire	P (Chi ² ou Fisher)
A agriculteur	0 (0%)	1 (0,5%)	1
B artisan commerçant	4 (2,3%)	3 (1,7%)	0,72
C employé	44 (25,3%)	38 (21,0%)	0,34
D ouvrier	3 (1,7%)	2 (1,1%)	0,68
E cadre supérieur	4 (2,3%)	21 (11,6%)	0,0006
F profession intermédiaire	0 (0%)	2 (1,0%)	0,50
G retraité	33 (19,0%)	63 (34,8%)	0,0008
H sans activité professionnelle :	77 (44,2%)	26 (14,4%)	<10⁻⁹
· Homme (% des hommes)	19 (31,7%)	1 (1,5%)	<10⁻⁶
· Femme (% des femmes)	58 (50,9%)	25 (21,9%)	<10⁻⁶
Profession inconnue	14 (8,0%)	25 (13,8%)	0,08

Il a été observé plus de patients sans activité professionnelle dans le groupe précaire que dans le groupe non précaire (OR = 4,73 ; [2,83 – 7,89] ; $p = 10^{-9}$). À noter la part importante de femmes sans activité dans notre échantillon, 59,9% des femmes précaires et 21,9% des femmes non précaires (36,4% de l'ensemble des femmes étudiées).

Il y avait moins de patients retraités dans le groupe précaire (OR = 0,54 ; [0,27 - 0,72] ; $p = 0,0008$) par rapport au groupe non précaire.

À noter également la présence surprenante de 4 patients se désignant comme cadre supérieur dans le groupe précaire, contre 21 dans le groupe non précaire (OR= 0,18 ; [0,044 – 0,5496] ; $p = 0,0006$).

Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative pour les autres catégories professionnelles.

3.1.2.3 Différences entre consultations où l'AP a été abordée et consultations où l'AP ne l'a pas été chez les patients précaires :

Tableau 9 : Différences entre consultations où l'AP est abordée et consultations où l'AP n'est pas abordée chez le patient précaire :

	AP+	AP-	P (Chi ² , Fisher ou Student)
Effectif	23	151	
Age (années)	52 +/- 20,01	50,61 +/- 16,00	0,70
Genre (ratio H/F)	0,70	0,65	0,66
H	7	53	
F	16	98	
Nombre moyen de motifs de consultation	3,7391	3,5364	0,6469
Durée moyenne de consultation (min : s)	16 :29	16 :22	0,9483
Poids (kg)	77,4091	73,7578	0,2764
IMC (kg/m²)	27,9537	26,9817	0,465
<u>Maitrise de la langue française :</u>			
· Parfaite	21 (91,3%)	131 (86,7%)	0,74
· Approximative	2 (8,7%)	16 (10,6%)	0,80
· Pas du tous	0 (0%)	4 (2,7%)	1

Les différences constatées entre le groupe AP+ et AP- n'étaient statistiquement pas significatives.

3.1.3 Analyse qualitative des verbatims des consultations

3.1.3.1 Abord de l'AP

Le sujet de l'AP était principalement abordé au cours des consultations par les médecins, le plus souvent sous forme d'une question :

Tout d'abord les médecins ont évalué la pratique du patient en demandant directement au patient s'il pratique une AP, parfois ils ont été plus précis en demandant au patient s'il pratiquait de la marche et en évaluant la fréquence de pratique de celle-ci. Le mode de déplacement a également été demandé par un des médecins.

M : « Est-ce que vous avez une activité physique ? »

M : « Est-ce que vous faites du sport ? »

M : « Vous marchez régulièrement ? »

M : « Vous êtes allée marcher combien de fois par semaine ? »

M : « Vous êtes venue à pied ou en voiture ? »

Des médecins recherchaient une pratique antérieure d'AP.

M : « Vous en faisiez récemment ? »

M : « Qu'est-ce que vous faisiez ? »

D'autres recherchaient une gêne fonctionnelle lors de la pratique de la marche pouvant limiter la pratique de celle-ci. Cette gêne peut être une douleur ou un essoufflement.

M : « Vous avez des douleurs à la marche ? »

M : « Vous êtes essoufflée quand vous marchez ? »

L'AP n'a jamais été abordée de façon spontanée. Elle est évoquée le plus souvent si elle était en lien avec un des motifs de consultation ou avec une pathologie ou un antécédent du patient. Les principaux motifs étaient l'obésité, le diabète, la gonarthrose, l'HTA et les pathologies cardiovasculaires.

M : « Pour la prise de poids, continuez à bien boire de l'eau et à marcher comme vous faites. »

M : « Je sais bien que vous avez de l'arthrose un peu partout, mais la première chose à faire c'est de marcher »

M : « Il faut faire de la rééducation à l'effort, c'est bien [...] Ça serait bien, ça serait bien que vous fassiez ça »

Un autre moyen utilisé pour aborder la question a été de s'appuyer sur le compte-rendu d'un spécialiste, ici le cardiologue, pour évoquer et conseiller l'AP à son patient.

M : « (conclusion du compte-rendu de consultation de cardiologie) bilan annuel, maintien du traitement, arrêt du tabac et faire du sport »

P : « Le cardiologue m'a dit qu'il fallait que je fasse un peu de cardio. »

Enfin, l'AP a pu également être évoquée par le patient lui-même ou par un accompagnant du patient.

P : « Alors j'ai marché comme vous me l'avez dit ! »

A : « Il faut qu'elle fasse du sport »

3.1.3.2 Conseils et explications

Les médecins abordaient également l'AP en délivrant un conseil ou une explication au patient. Ce premier conseil délivré était d'inciter le patient à pratiquer une AP, le plus souvent de façon directive.

M : « Ah... il faut faire un peu d'exercice ! »

M : « Il faut faire des efforts sur l'exercice, parce que ça peut être intéressant »

M : « Il faut que vous marchiez, que vous fassiez un peu d'exercice. »

Les explications pouvaient être d'expliquer aux patients les bénéfices de l'AP sur la santé.

M : « S'il y a d'autres causes qui font qu'on a l'hypertension, par exemple qu'on a un surpoids et qu'on le traite, qu'on ne fait pas d'activité physique et qu'on se met à en faire, ça peut se corriger avec d'autres choses. »

M : « Vous allez diminuer la dégénérescence cérébrale. Ça diminue la dégradation, les pertes de mémoire et l'apparition de maladie neurodégénérative de 30% à peu près, c'est mieux que les médicaments. Voilà, donc vous continuez. »

M : « oui mais c'est comme ça que vous allez faire travailler le système cardio-vasculaire »

Certains médecins insistaient sur la nécessité d'être régulier, certains conseillant même de pratiquer une activité quotidiennement.

M : « mais la première chose à faire c'est de marcher, régulièrement, même pour votre souffle »

M : « Déjà commencez par marcher régulièrement »

M : « vous marchez tous les jours, tous les jours, tous les jours. »

Certains médecins conseillaient à leur patient d'intensifier la pratique d'AP, alors qu'inversement d'autres médecins conseillaient de pratiquer de l'AP à faible intensité aux patients fragiles.

M : « Ça ce n'est pas assez. »

M : « c'est vrai que ça serait bien de faire un peu plus... »

M : « hum, hum, Ça serait bien que vous bougiez davantage. »

M : « Il faut venir doucement [...] en petite foulée »

M : « faire de la gym tranquille, des choses comme ça ? »

Enfin, certains médecins ont conseillé de faire de l'AP dans le cadre de la kinésithérapie, soit pour des pathologies ostéoarticulaires ou de pathologie cardiaque.

M : « Je pense que vous manquez un peu de muscle au quotidien. Faut que vous continuiez à voir Christophe (kiné), et il faut que vous trouviez du sport à faire. Il faut forcer musculairement [...] il faut continuer le travail avec Christophe, et faire du sport pour muscler votre dos. »

M : « il y a de la kiné qui existe pour faire ce que l'on appelle de la réhabilitation cardiaque [...] mais faire ça avec un kiné tout doucement, progressivement pour vous réhabituer, votre cœur, votre corps, à faire des efforts. »

3.1.3.3 Difficultés rencontrées par les patients

À la suite de ces conseils et explications, certains patients répondaient qu'ils ne pouvaient pas pratiquer d'AP. Les raisons évoquées étaient les suivantes :

3.1.3.3.1 *Plainte fonctionnelle*

Les patients pouvaient avoir de multiples difficultés qui les limitaient pour pratiquer de l'AP. La principale difficulté évoquée par ces patients était la présence d'une gêne fonctionnelle les limitant lors de la pratique ou l'initiation d'une AP. Cette gêne pouvait être un essoufflement, une douleur, ou une asthénie.

P : « Moi marcher je peux pas, je vous le dis franchement, quand je m'en vais au marché je m'arrête au milieu du chemin, je m'appuie sur les hanches tellement que... [inspiration profonde], vous savez là-dedans ça va pas. »

P : « Non, j'en faisais, mais dès que j'en fais, ça fait une semaine ou quinze jours, je m'essouffle trop vite donc je peux plus »

P : « Comme j'ai mal aux genoux, j'ai du mal à marcher »

P : « Je marche moins, je suis fatiguée. »

3.1.3.3.2 *Difficultés personnelles*

Des difficultés personnelles ont pu être évoquées par les patients, comme par exemple, un manque de temps, des difficultés financières ou des difficultés professionnelles.

P : « mais j'ai pas le temps de faire du sport »

P : « Mais pour le moment j'ai pas les moyens de me payer un truc de sport [...] oui mais financièrement pour le moment je peux pas ! on va attendre pour l'instant, j'ai pas l'argent pour me payer du sport. »

P : « J'ai dû arrêter à cause de soucis professionnels qui ont entraîné pas mal de complications »

3.1.3.3.3 Contexte extérieur

Certains patients ont évoqué des causes indépendantes de la volonté du patient pouvant influencer leur pratique de l'AP. Deux patients ont évoqué la peur de marcher dans leur quartier car il serait dangereux. Enfin, au cours de l'été 2019, les grosses chaleurs liées à la canicule ont pu dissuader certains patients de pratiquer de l'AP.

P : « Un peu oui, mais à la Paillade il faudrait pas trop que je me promène avec tout ce qui se passe »

P : « oui, mais avec ces grosses chaleurs je peux pas »

3.1.3.3.4 Manque de motivation :

Pour un des médecins, certains patients peuvent avoir un manque de motivation pour réaliser de l'AP. Un des patients « avouait » que toute excuse est bonne pour ne pas faire d'AP. Pour ce patient, la consultation médicale le motive à reprendre l'AP sous forme de marche, mais il n'arrive pas à franchir le pas une fois rentré chez lui.

M : « Encore faut-il le vouloir, et c'est souvent ça le problème... »

P : « Mais bon comme je vous dis, il y a toujours une excuse de toute façon [...] J'y pense pas, et puis quand j'y pense je me dis "il fait trop chaud" ou "c'est trop tôt" ou ceci ou cela, il y a toujours un truc quoi ! »

P : « Mais vous savez à chaque fois que je sors d'ici je me dis allez demain je vais marcher, mais après j'oublie »

3.2 Résultats des entretiens

3.2.1 Caractéristiques des médecins interrogés

Les caractéristiques des médecins sont résumées dans les tableaux ci-dessous (*cf. tableau 11*).

La première caractéristique de notre population est qu'elle est composée exclusivement de médecins femmes. Les médecins étaient âgés de 30 à 62 ans, soit 46 ans en moyenne. Les médecins étaient installés dans leur quartier depuis 16 ans en moyenne (1 an à 35 ans). Tous les médecins exerçaient au sein d'un cabinet de groupe. Tous les médecins interrogés pratiquaient une activité physique de façon régulière.

Cinq QPV sur les 12 sont représentés dans notre population (*Cf. tableau 10*). 4 médecins exercent dans le quartier de la Mosson et 3 dans le quartier des Cévennes, deux des plus grands QPV de la ville de Montpellier ; 2 médecins exercent dans le quartier du Pas-de-Loup et un médecin dans le quartier d'Aiguelongue.

5 des médecins interrogés avaient également participé aux observations des consultations.

Tableau 10 : Lieux d'exercice des médecins interrogés

Lieu d'exercice	Nombre de médecins
La Mosson / La Paillade	2
La Mosson / Haut-de-Massane	2
Les Cévennes	3
Aiguelongue	1
Pas de Loup – Paul Valery	2

Tableau 11 : caractéristiques des médecins participant aux entretiens :

Identific ation du médecin	Ag e (An nées)	Se xe	Mode d'exercice	Nomb re d'ann ées d'inst allation	DU	Formati on continu e	Abonn ement revue	Temps de travail hebdom adaire (heures)	Nombre annuel de consultati ons	Pratique AP
M1	47	F	Groupe	9	Non	Nutrition, FDRCV	Prescri re	40	4400	Équitation 1/sem.
M2	30	F	Groupe	1,5	Non	Non	Exerce r	37	4000	Vélo-travail quotidiennement, natation 1/sem.
M3	58	F	Groupe	30	Non	FMC	Non	56	4600	Gymnastique 2/sem.
M4	32	F	Groupe	1	DU gynécolo gie	Non	Non	28	3864	Salle de sport
M5	52	F	Groupe	20	DU Gynécol ogie	FMC, DPC	Exerce r	40	4000	Marche, danse, course à pied
M6	62	F	Groupe	35	DU VIH, maitre de stage	DPC	Non	40	4100	Randonnée, Aqua gym, Aqua bike
M7	31	F	Groupe	1	Non	FMC 34 / DPC	Non	40	900	Danse 2h30/sem., Tennis et course le WE
M8	39	F	Groupe	9	DU santé précarité , solidarité , Maitre de stage, ancienn e assistant e DMG	FMC	Exerce r / prescri re	40	4400	Danse africaine, course à pied
M9	50	F	Groupe	20	DU nutrition	FMC	Non	40	4000	Marche 1/semaine
M10	60	F	Groupe	31	Capacité médecin e du sport, maitre de stage	FMC	Exerce r	45	5000	VTT, Running, Stretching, Renforcement musculaire, Chaque activité 1h/sem.

3.2.2 Définition de la précarité

Les médecins interrogés ont tous donné une définition différente de la précarité. Plusieurs aspects ont été évoqués pour définir cette notion.

3.2.2.1 Difficulté financière

Tout d'abord la plupart des médecins ont évoqué l'aspect économique et la présence de difficultés financières pour définir la précarité.

M3 : « Pour moi la précarité, c'est sur le plan financier [...] la précarité c'est quelqu'un qui n'a pas beaucoup de moyens financiers, enfin voilà ! ...Qui est dans le besoin »

M9 : « Ce sont des gens en difficulté financière »

3.2.2.2 La couverture maladie

Un aspect important largement évoqué était la présence ou non d'une couverture maladie. Un patient n'ayant aucune complémentaire santé sera considéré comme précaire. Cela peut être l'absence de CMU ou d'AME, ou encore des patients ayant théoriquement le droit à la CMU/AME mais n'ayant pas fait les démarches administratives nécessaires (ou celles-ci étant en cours). Cela peut également être l'absence de mutuelle, car le patient a des revenus trop faibles pour en souscrire une, mais trop importants pour bénéficier de la CMU. Ainsi pour les médecins, cette absence de couverture maladie ou de complémentaire santé limiterait l'accès aux soins. Inversement, pour un des médecins, le fait même d'avoir la CMU ou l'AME nécessite d'être vigilant sur les conditions de vie.

M6 : « le fait d'avoir des droits ouverts ou pas à la sécu »

M4 : « Comme je disais, les conditions de complémentaire, la CMU, ou s'ils n'ont pas de complémentaire. Je n'en ai pas parlé mais, il y a des gens qui viennent et qui me disent qu'ils sont en cours de dossier. »

M4 : « Ou ceux qui n'ont pas de quoi se payer une mutuelle, mais qui n'ont pas le droit à la CMU »

M1 : « des gens qui n'ont pas forcément les droits ouverts, on en a ici : CMU pas à jour, pas de mutuelle...donc déjà un frein à l'accès aux soins »

M4 : « Concrètement quand on a des patients qui ont l'AME, la CMU, il faut être plus attentif aux conditions de vie. »

3.2.2.3 Difficulté de compréhension :

Les difficultés de compréhension ont été considérées comme un facteur de précarité. Ces difficultés peuvent être liées soit à une barrière linguistique, soit à un faible niveau d'éducation, ou soit liées à une pathologie cognitive.

M1 : « difficultés de compréhension, soit liées à la langue avec des personnes étrangères, soit liées à un niveau socio-culturel très faible »

M4 : « il y a aussi la communication, les personnes qui parlent pas très bien français [...] c'est aussi une forme de difficulté d'accès aux soins. »

M2 : « ça peut être aussi je ne parle pas français ou je ne parle pas la langue du pays dans lequel je suis et ça me limite. »

M1 : « on a des gens qui ne sont jamais allés à l'école pour certains, qui ne savent pas lire, donc si on leur donne une ordonnance et on leur dit "vous irez voir un kiné" à part celui qui est en face ils ne savent pas où aller »

M7 : « Des gens qui ont des déficiences intellectuelles [...] des gens qui ont des déficiences vraiment intellectuelles. »

3.2.2.4 L'isolement :

L'isolement était également considéré comme un facteur important de précarité, il a été évoqué par la totalité des médecins. Cet isolement pouvait être d'origine familiale, il pouvait également être lié à un état clinique, telle une pathologie invalidante ou un âge avancé. Ces deux derniers peuvent être responsables d'un handicap, d'un trouble de la mobilité, d'un déficit sensoriel, conduisant à l'isolement.

M10 : « Et puis surtout la précarité sociale avec un isolement social. »

M3 : « l'isolement familial ou social »

M4 : « Il y a l'entourage, les personnes seules, isolées, ça peut entraîner vers la précarité aussi. »

M10 : « une précarité pour moi qui est un peu affective ou familiale, des gens seuls »

M2 : « une pathologie X ou Y où je ne peux pas me déplacer et que je ne peux pas faire mon quotidien »

M3 : « Après il y a aussi les personnes handicapées. J'ai une personne par exemple, c'est une personne sourde et muette qui habite toute seule, sans famille sans personne, elle, elle est dans la précarité »

3.2.2.5 Difficultés professionnelles :

Les médecins évoquaient également les difficultés professionnelles comme facteur de précarité.

M4 : « Il y a le niveau déjà économique, le niveau du travail, des revenus, tout ça. »

M10 : « pas de travail »

3.2.2.6 L'absence de sécurité et vulnérabilité :

Un autre aspect de la précarité était la notion de vulnérabilité. Cette vulnérabilité est secondaire à une absence de sécurité dans les différents domaines de la vie du patient. Cette absence de sécurité rend le patient vulnérable au moindre facteur extérieur pouvant agir sur sa vie.

M6 : « Enfin, moi je parlerais plus de vulnérabilité que de précarité. [...] Précaire, on pense souvent au côté financier, mais il y a des précarités autres qui rendent les gens vulnérables »

M8 : « la précarité on la définit comme l'absence de sécurité essentielle à l'équilibre de la vie de chacun, en termes de famille, logement, emploi, principalement, et revenu [...] quand les gens n'ont pas ces sécurités-là, on peut dire qu'ils sont dans la précarité, dans l'instabilité, d'un ou de plusieurs de ces quatre piliers là. »

M2 : « comme un facteur soit extérieur à la personne soit propre à elle qui limite sa capacité à avoir une vie normale dans la société. »

3.2.2.7 Difficultés pour se loger :

Peu de médecins ont évoqué les difficultés de logement pour définir la précarité. Les médecins interviewés sont peu confrontés à la grande exclusion sociale type « SDF ». Le principal problème est le facteur financier, qui peut être responsable de problèmes de logement.

M1 : « Après je ne parle pas des gens, on n'en a pas trop ici, qui ont des problèmes de logement etc... On ne soigne pas de SDF, ou alors c'est anecdotique, ou ce sont des gens qui viennent ponctuellement. »

M7 : « le logement, pour moi ça découle de tout ça, mais le centre du problème ce n'est pas le logement, c'est vraiment qu'ils n'ont pas d'argent »

3.2.2.8 Vivre dans un quartier difficile

Un des médecins a évoqué le quartier de résidence du patient comme facteur de précarité. Si ce quartier a un fort taux de chômage ou est peu desservi par les transports en commun, cela peut entraîner des difficultés professionnelles au patient, donc des difficultés financières, et ainsi être un facteur de précarité.

M2 : « ça peut être soit extérieur par exemple j'habite dans un quartier dans lequel il n'y a pas de transport, il n'y a pas d'emploi sur place, cela me met dans la précarité »

3.2.2.9 Précarité comme facteur de risque de maladie

Pour certains médecins, certaines pathologies pouvaient être un facteur de précarité, telle une maladie chronique ou un syndrome dépressif. Ces pathologies rendent le patient vulnérable.

M6 : « Pour moi la précarité telle que je la perçois, c'est plus des facteurs de risque d'être vulnérable au niveau de sa santé. »

M9 : « ce sont des gens en difficulté, que ce soit morale, psychique »

3.2.3 Repérage de la précarité

Le repérage de la précarité est un moment essentiel dans la prise en charge des patients précaires. Les éléments recherchés dans le repérage de la précarité par les médecins interrogés l'étaient en fonction de la définition que ceux-ci avaient de cette notion.

Les médecins disaient réaliser le repérage au cours de l'interrogatoire, en recherchant les différents éléments ci-dessous. Aucun score ou outil n'a été utilisé.

L'examen clinique, dans une moindre mesure, pouvait être un moment propice à rechercher des indices orientant vers une situation de précarité. Enfin, pour certains médecins, les visites à domicile sont un moyen pour évaluer les conditions de vie du patient.

M8 : « j'essaye de les interroger sur ces points-là »

M1 : « c'est toujours un peu la même chose, par l'interrogatoire, le dialogue »

M2 : « C'est plutôt un ensemble de facteurs à l'interrogatoire. »

Les éléments recherchés étaient les suivants :

3.2.3.1 Difficultés d'accès aux soins :

Le principal élément recherché au cours des consultations et de l'interrogatoire pour évoquer une situation de précarité chez un patient était la présence de difficultés d'accès aux soins. Plusieurs critères pouvaient être recherchés, tout d'abord la présence ou non d'une couverture maladie.

Chez les patients ayant de faibles revenus et pouvant bénéficier de la CMU (ou de l'AME), les médecins vérifiaient que les droits étaient ouverts et à jour.

Pour les patients ayant des revenus trop importants pour bénéficier de la CMU, les médecins cherchaient la présence ou non d'une mutuelle, et la présence d'un « effet seuil », niveau de revenu trop important pour bénéficier de la CMU, mais insuffisant pour souscrire à une mutuelle.

M8 : « tu vois la couverture maladie, c'est un repérage très fort, le patient qui n'en n'a pas, le patient qui a la CMU, le patient qui n'a pas de mutuelle. La mutuelle c'est important, c'est un peu notre combat dans le cabinet, parce que les gens ont du mal à comprendre l'intérêt d'une mutuelle. »

M4 : « Comme je disais, les conditions de complémentaire, la CMU, ou s'ils n'ont pas de complémentaire. »

M6 : « si je vois que ses droits ne sont pas ouverts, où qu'il avait une CMU mais qu'il ne l'a pas renouvelée »

M1 : « qui n'ont pas de droits, ou qui devraient avoir des droits à la CMU en particulier, on en a beaucoup ici, mais qui n'ont pas leurs droits à jour et qui se retrouvent donc dans l'impossibilité de prendre le traitement ou de faire des examens complémentaires »

M4 : « Je n'en ai pas parlé mais, il y a des gens qui viennent et qui me disent qu'ils sont en cours de dossier. [...] Ou ceux qui n'ont pas de quoi se payer une mutuelle, mais qui n'ont pas le droit à la CMU »

M8 : « Ouais, ouais, ceux qui sont effet-seuil. Après on leur a expliqué l'ACS, parce que l'ASC était arrivée, qu'ils comprennent que ça pourrait être utile, mais c'est des démarches aussi. »

Un autre élément de difficulté d'accès aux soins recherché par les médecins était la difficulté à avancer les frais de la consultation. Enfin, les médecins pouvaient demander à leurs patients s'ils ont déjà dû renoncer aux soins, renoncer à acheter des médicaments ou renoncer à consulter un spécialiste à cause de problèmes financiers.

M1 : « On a ça aussi des gens qui ont une mutuelle mais qui ne peuvent pas faire l'avance des frais. »

M8 : « parfois ils arrivent, ils n'ont pas encore la couverture maladie. Donc le reste à charge ça peut être un frein. »

M5 : « Je peux leur poser la question peut-être : "Est-ce que vous avez hésité à consulter parfois ?" »

M9 : « soit je vois qu'ils ne peuvent pas aller acheter ça à la pharmacie, qu'ils ne peuvent pas aller voir un spécialiste »

M1 : « Est-ce que pour vous c'est un problème d'avancer les frais ou est-ce que je dois vous prendre un rendez-vous dans un centre mutualiste où vous n'aurez pas à faire l'avance ? [...] si je vous donne une ordonnance pour aller faire une radio est-ce que vous pourrez la faire ? »

3.2.3.2 Difficultés de compréhension

Les médecins recherchaient des difficultés de compréhension. Celles-ci étaient recherchées car elles peuvent entraîner des difficultés dans la prise en charge médicale. Comme cité précédemment, ces difficultés peuvent être secondaire à une barrière de la langue. Elles peuvent être aussi le fait que le patient ne sait ni lire ni écrire.

M1 : « des difficultés de compréhension, on le voit quand on échange avec eux, on se rend bien compte que ce qu'on leur dit ça ne leur parle pas donc il faut expliquer différemment ou demander à la secrétaire de prendre le rendez-vous si on voit qu'eux ne le feront pas »

M4 : « Et pour nous aussi pour expliquer. Il y a des maladies où il y a plein de choses à expliquer, et il faut expliquer avec des mots simples. Je trouve que c'est pas cool, parce que ça simplifie beaucoup les choses, et ils n'ont pas toutes les informations nécessaires pour pouvoir agir sur leur maladie. Après des fois il y a les enfants, les petits-enfants qui traduisent, mais ce n'est pas forcément très facile quoi. »

M10 : « parfois je ne parle pas la langue, »

M8 : « ça va être plus difficile chez quelqu'un qui ne parle pas ma langue. »

M6 : « Ça va être par exemple, s'ils ne savent pas lire [...] ou s'ils ne savent pas écrire, ça les rend précaires dans la vie quotidienne »

3.2.3.3 Isolement

Les médecins cherchaient à identifier les patients en situation d'isolement, comme par exemple les personnes âgées isolées.

M7 : « Familial et amical, est-ce que la personne est isolée en fait. S'il y a un isolement. »

M9 : « je peux lui dire : ''comment ça se passe à la maison ? vous êtes tout seul ? vous avez de la famille ?'' »

M3 : « une personne très âgée, très isolée. »

3.2.3.4 Problème de logement

Si les difficultés de logement n'ont quasiment pas été évoquées pour définir la précarité, la plupart des médecins évaluaient quand même les conditions de logement du patient lors de l'interrogatoire.

M6 : « ou ils vivent dans des familles très nombreuses parce qu'ils n'arrivent pas à avoir leur propre logement »

M7 : « Le logement, les conditions de vie »

3.2.3.5 Autres éléments recherchés à l'interrogatoire

D'autres éléments ont été recherchés de façon plus marginale par les médecins.

Ainsi, quelques médecins évaluent la situation professionnelle du patient.

Un des médecins recherchait des difficultés pour s'alimenter. Et enfin, si l'aspect économique était assez largement cité par les médecins pour définir la précarité, cet élément était finalement peu évoqué par les médecins pour repérer un patient précaire.

En effet, seul un des médecins (M5) le recherchait lors de l'interrogatoire.

M8 : « Leur emploi, s'ils en ont à un »

M4 : « je leur demande toujours s'ils travaillent. »

M5 : « s'ils ont des problèmes pour s'alimenter »

M5 : « est-ce que vous avez des problèmes financiers »

3.2.3.6 Difficultés à réaliser les tâches administratives

Un patient consultant pour un motif non médical, ayant des difficultés sociales ou des difficultés pour réaliser les tâches administratives, pouvait être considéré comme précaire. Ces difficultés peuvent être secondaires aux difficultés de compréhension décrites ci-dessus.

M6 : « ou qu'il y a de gros problèmes sociaux et qu'il n'a pas vu l'assistante sociale et qu'il ne sait pas comment faire, ou qu'il ne sait pas remplir ses papiers administratifs et qui me les amènent parce qu'il n'a rien compris, pour moi c'est ça la précarité. [...] Du coup ils vont venir me voir pour des problèmes qui ne sont pas des problèmes médicaux, je vais être amenée à gérer des aspects sociaux qui ne me concernent pas forcément, enfin, qui ne sont pas de mon registre normalement. »

M8 : « On va aussi pouvoir les orienter, parce qu'on n'est pas non plus travailleurs sociaux, et la secrétaire ne peut pas les aider à remplir un dossier, mais on a des partenaires pour ça. [...] Moi j'essaye de les orienter, vers une association dans notre quartier, qui fait de l'aide aux démarches administratives »

3.2.3.7 Examen clinique et aspect du patient

Mis à part l'interrogatoire, quelques médecins recherchaient lors de l'examen clinique des éléments pouvant les orienter sur la piste de la précarité.

Les signes physiques évoqués étaient non spécifiques à la précarité, tels l'état dentaire, un état de dénutrition, la présence d'une asthénie et d'un syndrome dépressif.

M5 : « soit un état dentaire par exemple, ou un amaigrissement, une fatigue qui ne passe pas, soit une souffrance morale. »

M10 : « un mauvais état dentaire »

M9 : « où ils sont dénutris. [...] Soit ils sont maigres, soit ils sont gros, mais ils sont carencés, ils sont en mauvais état de peau, de dentition »

Chez d'autres médecins, c'est l'aspect physique (et vestimentaire) du patient qui pouvait être discriminant et orienter vers la précarité. Mais cela n'était pas du tout partagé par tous les médecins, qui ne considéraient pas l'aspect du patient comme un critère de précarité.

M10 : « Parfois c'est sur leur aspect physique aussi qu'on le voit [...] une présentation pas toujours, une présentation vestimentaire ou d'hygiène parfois. »

M7 : « Mais les signes après, ça va être l'habillement, l'odeur, la façon de s'exprimer. »

M5 : « Tu peux avoir des gens bien habillés aujourd'hui, qui ont récupéré des habits au Secours Catholique, et qui sont en grande précarité. »

M2 : « Il y a des gens qui vont avoir une présentation de quelqu'un qui est en situation ordinaire, c'est au fil de l'eau qu'on va découvrir qu'il va à la banque alimentaire, donc ce n'est pas forcément du premier coup non plus »

3.2.3.8 Au cours des visites

Quelques médecins ont évoqué le caractère essentiel des visites à domicile dans le repérage des patients précaires. En effet, celles-ci permettent d'observer directement les conditions de vie du patient. Certains patients ne s'expriment pas sur leurs conditions de vie et leurs conditions sociales, sans ces visites ils seraient difficiles à identifier comme précaires.

M4 : « après c'est vrai que je n'ai pas beaucoup de visite à domicile, mais ça informe pas mal sur les patients, sur les conditions de vie »

M10 : « Le fait de pas faire de visite à domicile, quand on va chez les gens c'est plus facile de se rendre compte comment ils vivent, parce qu'il y a des patients qui n'en parlent pas [...] je pense qu'il y a des patients qu'on n'évalue que quand on va chez eux. J'ai un patient là, qui habite dans le quartier, il habite dans une cabane, c'est vraiment une mesure, il n'a pas beaucoup de confort. Mais pendant des années et des années je ne me suis jamais douté, il venait au cabinet, il est toujours propre sur lui. Mais bon, c'est un patient âgé, il n'a pas de famille sur Montpellier, il a une voiture et sa cabane, mais vraiment c'est très précaire. Et je m'en suis rendu compte le jour où il est tombé malade et où je suis allée le voir chez lui »

3.2.3.9 Certaines catégories de patients :

Certaines catégories de patients étaient considérées d'emblée comme précaires par les médecins. Ainsi seront considérés comme tels les patients migrants et les patients sans domicile fixe, notamment car ils sont souvent dans une situation d'isolement et d'exclusion sociale.

M8 : « du coup il y a beaucoup de primo-arrivants [...] J'ai une activité à Médecins du Monde, à l'occasion, donc ce qui fait que j'ai parfois les patients qui sont vus là-bas qui sont orientés vers mon cabinet. [...] Donc c'est une autre façon de les prendre en charge, tu vois, cette population là des migrants [...] là c'est différent, ils sont souvent isolés »

M3 : « Après il y a le problème des patients migrants qui viennent d'arriver, on en voit aussi. »

M6 : « Le logement. Si les gens n'ont pas de logement »

M10 : « oui, et je pense qu'il n'y a pas de profil type. Bon c'est sûr que quelqu'un qui arrive et qui visiblement vit dans la rue, on va le voir de suite. »

3.2.3.10 Au cours du suivi du patient

Le repérage de la précarité est un processus qui peut être plus ou moins rapide. Pour certains médecins, il se fera au cours de la première consultation, mais dans la grande majorité des cas, il se fera au fur et à mesure des consultations, tout au long du suivi du patient.

M6 : « Soit on le sait la première fois, parce que c'est quelqu'un qui les accompagne et qui les amène en disant 'Il faut régler un tas de problèmes', et à ce moment-là on met tout sur le bureau et on essaie de trier. »

M2 : « parce que ce sont des choses qu'on ne sait pas forcément au départ chez les gens, et qu'on ne va peut-être pas découvrir à la première consultation non plus. »

M6 : « Soit on le découvre un peu au fil du temps quand on les revoit régulièrement. »

3.2.3.11 Difficultés pour repérer un patient précaire

La difficulté pour repérer un patient précaire variait d'un médecin à l'autre. Certains médecins déclaraient n'avoir aucune difficulté à repérer un patient précaire, un des médecins déclarait même que c'est « instinctif ». Pour d'autres médecins en revanche, le processus de repérage pouvait être plus difficile, avec le risque de passer à côté des difficultés du patient.

M7 : « Pour moi c'est instinctif, je le sais [...] Je n'écris pas précarité, je le sais quoi. »

M9 : « Bah, je les vois »

M3 : « en général ils ne se cachent pas quand même. »

M2 : « Parce que, si par exemple on ne leur demande jamais si les fins de mois sont compliquées, ils ne le diront jamais peut-être non plus donc »

M10 : « Parfois ça ne se voit pas. Je pense qu'il y a des gens qu'on ne soupçonne pas être en précarité et le sont, je pense qu'on peut peut-être passer à côté. »

3.2.3.12 La relation médecin/malade

La relation qui a été construite entre le médecin et le malade peut jouer un rôle dans le repérage des patients précaires. Certains médecins disent que le fait de bien connaître sa patientèle peut suffire à savoir si le patient est précaire ou non.

Certains patients se confient spontanément à leur médecin si ceux-ci se sentent en confiance avec leur médecin pour se confier et évoquer leurs problèmes. Inversement, certains patients, par honte, peuvent ne pas se confier à leur médecin.

M1 : « je les connais ces gens-là depuis longtemps. »

M2 : « ça prend du temps et du contact et aussi que les gens soient aussi en confiance parfois. [...] et ce ne sont pas vraiment non plus des gens qui sont faciles à explorer de but en blanc à un premier contact en tout cas. »

M5 : « Soit ils m'en parlent »

M7 : « Des fois c'est même les gens qui le disent, ici ils se libèrent beaucoup. Donc des fois, c'est les gens qui s'expriment seuls. C'est pour ça que je dis que c'est instinctif, les gens d'eux-mêmes ça les soulage d'exprimer leur précarité. »

M5 : « Je pense que oui, il y en a qui peuvent ne pas le dire parce qu'ils en ont un peu de honte »

3.2.4 Patients pour lesquels l'AP est abordée

Le sujet de l'AP n'est jamais évoqué de façon spontanée et systématique par les médecins au cours de leurs consultations.

3.2.4.1 Si en rapport avec le motif de consultation

Les médecins déclaraient évoquer le sujet de l'activité physique principalement si celui-ci est en rapport avec le ou les motifs de consultation.

M5 : « Ça dépend pourquoi ils ont consulté »

M9 : « je ne vais pas lui dire d'emblée il faut aller marcher une demi-heure tous les jours, mais ça dépend. [...] Mais ça dépend quand même du motif initial de consultation. Mais pour moi, toute occasion est bonne. »

M10 : « Après, d'emblée comme ça, je ne fais pas de promotion d'emblée »

M8 : « Alors quand il y a une demande de soins en lien, oui. »

3.2.4.2 Si en rapport avec une pathologie ou un état clinique du patient

Ils pouvaient profiter également d'une pathologie, d'un antécédent médical ou un état clinique du patient pour aborder le sujet de l'AP, même si ce dernier n'est pas le motif principal de la consultation. L'AP faisant partie du traitement de la plupart des maladies chroniques, il peut y avoir un intérêt thérapeutique pour le patient à pratiquer de l'AP et donc celle-ci sera d'autant plus abordée. Ainsi, de multiples pathologies peuvent être la porte d'entrée pour parler d'AP.

M4 : « On part de leurs problèmes, mais en fait il y a toujours un problème qui est lié »

M9 : « il y a beaucoup je trouve de cas où on peut en parler »

M1 : « je cible les gens pour lesquels à mes yeux cela a une importance capitale, les gens qui ont une pathologie qui vraiment peut être améliorée par la pratique d'une activité physique »

La principale pathologie évoquée qui permet au médecin d'aborder l'AP avec le patient était l'obésité.

M7 : « Souvent, même toujours, quand il y a de l'obésité ou du surpoids. »

M6 : « Alors, je vais le dire plus facilement à quelqu'un qui s'alimente mal, qui est en surpoids »

M8 : « Quand on constate de l'obésité ou du surpoids, je vais leur parler d'activité physique »

Les médecins abordaient également facilement le sujet lorsqu'ils constataient une pathologie cardiovasculaire ou une HTA ou un diabète.

M5 : « je l'aborderai plus pour un problème cardiovasculaire. »

M8 : « Après s'ils viennent pour un problème cardiovasculaire »

M9 : « ça peut être puisqu'il est [...] cardiaque »

M7 : « Les diabétiques, systématiquement je demande. »

M6 : « Je vais y penser [...] s'ils sont diabétiques »,

M3 : « Si on leur prend la tension, s'ils ont de l'hypertension, on leur dit l'activité physique c'est le premier »

M1 : « les hypertendus »

Les autres pathologies permettant d'introduire l'AP étaient les pathologies psychiatriques telles que la dépression, les douleurs chroniques, les pathologies ostéoarticulaires comme les lombalgies, l'arthrose et l'ostéoporose, les pathologies respiratoires.

M5 : « je l'aborderais plus sur un problème de dépression »

M8 : C'est-à-dire, il y a beaucoup de problèmes de lombalgies, donc à ce propos c'est l'occasion de leur parler de l'activité physique. »

M1 : « pour promouvoir aussi le maintien d'une activité. On a des patients qui ont des douleurs et qui ne bougent plus du tout. »

M9 : « ça peut être puisqu'il est essoufflé, asthmatique »

M1 : « les gens qui ont des pathologies arthrosiques »

M7 : « Et les gens aussi, qui ont un risque d'ostéoporose. »

3.2.4.3 Systematique enfant/adolescent

Certains médecins affirmaient aborder systématiquement la question de l'AP chez les enfants ou les adolescents.

M8 : « Pour les enfants, j'en parle systématiquement, quand on les voit à l'occasion du suivi ou du certificat de sport »

M7 : « car les ados on les voit très peu, quand on les voit pour le certificat, le certificat de non-contre-indication au sport, on essaie un peu de parler des écrans, et de l'activité physique, souvent je fais les deux. Je demande s'ils passent beaucoup de temps et qu'est-ce qu'ils font comme activité physique, est-ce qu'ils ont des copains aussi, et l'école. »

3.2.4.4 Chez les personnes âgées

Un médecin déclarait en parler en prévention des troubles de la marche chez les sujets âgés.

M7 : « en préventif quand j'ai le temps je dirais. Quand j'ai le temps, chez les personnes âgées souvent, parce que la mobilité pour eux c'est important. »

3.2.4.5 Si isolement social

Quelques médecins ont déjà conseillé de l'AP à une famille ou un patient isolé afin de rencontrer des gens et ainsi briser un isolement social.

M10 : Si je pense que le patient a besoin d'en faire parce qu'il [...] ou même pour rompre un isolement, je vais en parler. »

M8 : « Mais dans le suivi, pour les enfants là j'en parle systématiquement, oui. Autant pour leur santé, surtout s'il y a un surpoids, mais aussi pour l'intégration sociale, de ces familles qui sont souvent un peu isolées, ou pareil, les parents ne connaissent pas le fonctionnement du quartier, des associations, des choses pour leurs enfants, donc je trouve que c'est un moyen d'intégration hyper important, le sport, donc c'est pour ça aussi que j'en parle systématiquement aux enfants. »

3.2.5 Evaluation de la pratique d'AP du patient

L'évaluation de la pratique du patient se fait principalement de manière orale lors de l'interrogatoire. Plusieurs questions peuvent être posées pour évaluer les habitudes des patients. Certains médecins demandaient au patient s'il pratique la marche, ou quel moyen de déplacement le patient utilise préférentiellement. Seul un des médecins dit évaluer la fréquence de la pratique.

M3 : « On leur pose la question : "qu'est-ce que vous faites ?". »

M9 : « Alors je leur demande déjà ce qu'ils font. »

M7 : « je leur demande toujours ce qu'ils font, s'ils marchent souvent. S'ils marchent ou s'ils font une activité sportive. »

M1 : « Suivant leur mode de vie, est-ce qu'ils se déplacent à pied, est ce qu'ils habitent un étage et prennent l'ascenseur ? »

M3 : « Des fois on leur dit, vous avez pris l'ascenseur, vous avez pu monter à pied pour venir chez nous, voilà. Est-ce que vous venez chez moi en voiture, en bus, à pied. Ça c'est le premier truc, c'est facile »

M8 : « Combien vous en faites et à quelle fréquence ? »

Certains médecins disaient évaluer systématiquement la pratique des nouveaux patients. L'évaluation de la pratique de l'AP permettant d'adapter la prise en charge thérapeutique du patient.

M10 : « moi systématiquement, à tous les patients, quand je ne les connais pas, quand ils arrivent, je demande s'ils fument, s'ils boivent, s'ils prennent du cannabis, quel que soit le patient, et s'ils font de l'activité physique, c'est systématique.

M6 : « D'abord on va explorer et après on va voir ce que l'on peut proposer, je ne vais pas leur proposer directement faut aller faire du vélo. »

M8 : « Ouais, justement pour savoir sur quelle piste on s'oriente, savoir s'il y a encore une marge de progression, ou si déjà elles font plein de sport »

3.2.6 Conseils prodigués aux patients précaires

3.2.6.1 Conseils oraux :

Les médecins déclaraient donner des conseils de manière orale à leurs patients, un des médecins précisait qu'aucune ordonnance n'était réalisée.

M6 : « Ah oui, je ne fais pas de prescription d'activité physique au précaire. »

Le premier et le principal conseil délivré par les médecins en matière d'AP était le conseil de « marcher », en effet tous les médecins interrogés conseillaient à leur patient précaire de marcher. La marche a l'avantage d'être simple et accessible à tous les patients, physiquement et surtout financièrement. Chez les sujets plus jeunes, un médecin pouvait également proposer la pratique du vélo. Certains conseils donnés pouvaient être moins spécifiques que la marche ou le vélo, comme le conseil de « bouger ».

M10 : « Pour moi, la première activité physique c'est la marche à pied »

M9 : « puis s'ils ne font pas je leur propose déjà de marcher, tout simplement, donc la marche en premier. »

M5 : « Pour l'activité physique ? De marcher, d'avoir une bonne marche 1h par jour minimum, quand c'est possible. »

M9 : « A priori marcher c'est quand même le plus accessible et le plus facile pour tout le monde. Accessible en tout, que ce soit déjà physiquement, il y a des gens ils ne sont pas en état d'aller courir, ou de faire du tennis, mais normalement marcher tout le monde peut. [...] Et puis, question de temps aussi, il y a des gens qui me disent "Ah je n'ai pas le temps", je leur dis marcher un quart d'heure vous pouvez peut-être trouver un créneau quelque part »

M6 : « Qu'au moins ils marchent, parce que ça ne coûte pas cher de marcher. [...] Et que ça leur fait même économiser, peut-être un ticket de tram ou de bus, ça je leur dis bien sûr »

M1 : « chez des patients plus jeunes qui ont des possibilités plus importantes d'essayer de faire du vélo. »

M3 : « Et bah je leur dis qu'il faut qu'ils bougent, qu'ils fassent du sport, qu'ils marchent. »

M6 : « je leur dis que c'est important qu'ils bougent »

Certains médecins déclaraient conseiller à leurs patients de pratiquer de l'AP au cours des activités de la vie quotidienne, en choisissant par exemple la marche comme mode de transport.

M4 : « de faire le ménage, c'est déjà de l'activité physique [...] Amener les enfants à l'école, à pied, puis faire un petit tour après, c'est déjà un petit plus. »

M2 : « il faut qu'ils aillent à pied, plutôt que d'aller en voiture et le fait de mettre de l'activité physique dans le quotidien plutôt que de l'activité physique dans une salle de sport, dans un club »

Certains médecins insistaient auprès de leurs patients pour qu'ils réalisent des activités qui leur plaisaient, afin que ceux-ci adhèrent plus facilement. D'autre part, ils conseillaient des activités adaptées aux capacités du patient, notamment physiques.

M7 : « surtout une activité qui les motive, pour qu'ils la fassent. Ça c'est important, qu'ils aiment, qu'ils prennent plaisir [...] Moi j'essaie toujours de leur dire qu'il faut une activité qui leur plaise, sinon ils n'iront pas »

M9 : « Après je leur demande quand même qu'est-ce qu'ils aiment, c'est toujours mieux, on adhère mieux si on fait quelque chose qu'on aime. »

M4 : « S'ils disent c'est compliqué on essaie de trouver des petits trucs, et la fois d'après : "est-ce que vous avez réussi ? oui, non ?" »

M9 : « si ce n'est pas adapté je leur propose autre chose »

3.2.6.2 Explications :

Les médecins pouvaient expliquer aux patients les bénéfices de la pratique d'une AP, notamment les bénéfices sur leur santé et sur leur bien-être. Un d'eux expliquait la nécessité d'être régulier. Enfin, les médecins expliquaient aux patients que débiter l'AP ce n'est pas nécessairement s'inscrire dans une salle de sport ou un club.

M8 : « j'essaye de leur expliquer [...] en quoi ça pourra être bénéfique pour eux surtout quoi, pour leur santé »

M9 : « Et ce que je leur dis surtout c'est d'être régulier, c'est-à-dire que je leur propose de faire quelque chose peut-être pas forcément très intensif ou très longtemps, mais le plus régulièrement possible et adapté bien sûr à leur rythme et à leurs conditions. »

M4 : « quand il n'y a vraiment rien du tout j'essaie de faire rendre compte aux gens que l'activité physique, ce n'est pas que le sport en salle, et qu'ils en font forcément »

3.2.6.3 Orientation

Les médecins orientaient facilement vers des associations, notamment des associations de quartier pouvant proposer de l'AP. Ces associations devaient proposer des activités adaptées aux patients, adaptées à l'état physique du patient, et adaptées aux conditions financières du patient qui peuvent être limitées.

M3 : « Par exemple c'était le cas pour cette personne sourde et muette que j'ai vue récemment. J'ai essayé de l'envoyer à une association qui fait du... j'ai oublié le nom je dois l'avoir quelque part, avec des coachs sportifs qui connaissent le langage des signes et qui font des cours adaptés par exemple pour les sourds-muets, du coup j'essaie de l'envoyer vers ça mais j'ai du mal. »

M3 : « il existe des endroits comme "la Maison pour Tous" ou des choses comme ça, où ce n'est quand même pas onéreux. On essaie de leur indiquer, on leur dit qu'il existe des associations sportives. »

M7 : « Oui, ou des pas chers. Ou des associations, il y a pas mal d'enfants qui vont dans des associations, et c'est 30 € l'année le sport, donc je leur dis que c'est abordable ça quand même, qu'il y a des choses pas chères »

Il existe dans les différents QPV de Montpellier divers groupes de patients autoorganisés qui proposent de la marche, notamment des groupes de femmes qui se réunissent et vont marcher ensemble. Les médecins pouvaient être amenés à orienter leurs patients vers un de ces groupes.

M8 : « A un moment, je le savais qu'il y avait des femmes qui se retrouvaient de façon informelle, dans le quartier, pour aller marcher ensemble. Donc je leur donnais cet exemple-là, pour un peu sortir du cliché de la salle de sport. »

M6 : « Et j'ai de plus en plus de gens qui disent qu'ils marchent en groupe, autour du lac, il y a un petit lac là. Ils vont faire des tours de lac »

M10 : « et du coup maintenant, il y a un groupe de patientes qui se sont mises à marcher ensemble [...] J'ai des patients qui ont monté des associations de marche à pied dans le quartier et je donne leurs coordonnées, parce que là il y a une cotisation pour l'assurance qui doit être minime, mais c'est gratuit »

Un des avantages d'orienter les patients vers des associations est que cela permet au patient de rencontrer d'autres personnes, cela permet ainsi de lutter contre l'isolement social et favorise l'intégration sociale.

M6 : « ça m'est arrivé pour un jeune demandeur d'asile qui était très dépressif, et qui en fait était un très bon footballeur. Et il est rentré s'inscrire dans un club de foot, je l'ai beaucoup incité à le faire parce que je me disais que ça aiderait à l'intégration. »

M10 : « et puis c'est l'occasion justement aussi de rencontrer d'autres personnes »

3.2.7 Freins et difficultés rencontrés par les médecins

À la question : « Rencontrez-vous des difficultés particulières dans la promotion de l'AP chez les patients en situation de précarité, que vous ne rencontrerez pas chez un patient non précaire ? », les médecins répondaient tout d'abord en évoquant les difficultés qui limitent les patients dans la pratique de l'AP, puis ils évoquaient les freins dans la promotion de l'AP liés au déroulement des consultations avec le patient précaire.

3.2.7.1 Difficultés du patient à réaliser de l'AP

Pour les médecins interrogés, les patients peuvent avoir de multiples freins les empêchant de pratiquer une AP. Compte tenu de ces difficultés, certains médecins auront des difficultés à promouvoir l'AP au cours des consultations.

3.2.7.1.1 *Limitation financière*

Le principal frein évoqué par les médecins pouvant limiter la pratique de l'AP chez le patient précaire était le frein financier. Pour certains patients, la pratique de l'AP s'associe à la pratique d'un sport en club ou en salle. Chez ces patients, pouvant avoir des difficultés financières, l'inscription dans de telles structures peut être difficile.

M2 : « difficultés financières ça c'est sûr, c'est le premier problème. »

M8 : « il y a quand même des possibilités dans le quartier, mais le frein financier peut être présent chez certaines. »

M9 : « moi j'ai des gens qui me disent qu'ils ne peuvent pas s'inscrire dans telle salle parce que c'est trop cher. »

M10 : « les freins c'est déjà devoir de l'argent pour aller faire du sport, pour faire du sport qui sont payant, dans une salle de sport. »

Si ce frein était largement partagé par la plupart des médecins interrogés, d'autres ne partageaient pas cette opinion. Pour eux la situation financière n'était pas un frein à la pratique de l'AP, car il existerait des solutions. Les praticiens s'adaptait alors en conseillant des activités gratuites comme la marche ou la course à pied.

M3 : « Je pense que c'est une fausse excuse, mais bon, c'est facile de dire ça. »

M9 : « Il y a des petits programmes partout, vous pouvez le faire chez vous, en regardant la télé ou je ne sais pas quoi, pas d'excuses ! »

M6 : « Qu'au moins qu'ils marchent, parce que ça ne coûte pas cher de marcher. »

M8 : « Il y a la barrière financière, même si c'est vrai qu'on peut toujours aller courir, c'est gratuit »

3.2.7.1.2 Manque de motivation

Un autre frein attesté par les médecins était le manque de motivation du patient pour pratiquer de l'AP. Deux causes étaient évoquées pour expliquer ce manque de motivation chez le patient précaire.

Tout d'abord ce manque de motivation pouvait être lié à la profession exercée par le patient. Si celui-ci a un travail physique, il aura d'autant plus de mal à se motiver pour faire de l'AP le soir ou le week-end que son travail est physique.

L'autre explication évoquée était les difficultés morales du patient, pouvant être, d'après les médecins, liées à leur situation sociale.

M8 : « Mais il faut se motiver, c'est plus dur, »

M9 : « Il n'aura peut-être pas envie ou la motivation d'y aller. »

M4 : « Pour les personnes qui travaillent, parce que c'est vrai, souvent ils me disent : 'à la fin de la journée toute façon je suis fatigué, le weekend je me repose'. Donc voilà, c'est vrai qu'avec un travail physique, ce n'est pas très motivant pour eux. »

M8 : « Les hommes du quartier, sans entrer dans le cliché mais c'est quand même une réalité, travaillent beaucoup dans le bâtiment. Mais ils me disent : 'non, après la semaine de bâtiment, franchement je suis fatigué, je n'ai pas la force de faire du sport'. Et j'avoue, que c'est difficile de leur dire : 'bah si, vous allez quand même vous bouger', donc c'est vrai, ils font un métier physique, je ne peux pas les étiqueter sédentaires vraiment, ces mecs-là qui sont maçons 50 heures par semaine. Donc c'est plus dur, je trouve, de trouver un levier d'action, sur ce profil-là. »

M5 : « eux les pauvres, comme ils n'ont pas le moral, ils n'osent pas sortir de chez eux »

M3 : « Les gens qui sont déprimés on a du mal à leur faire faire des choses »

3.2.7.1.3 Manque de temps et autres préoccupations que la santé

Les patients précaires auraient d'autres préoccupations de vie que leur santé. Comme ils ont des difficultés dans différents domaines de leur existence, comme par exemple des difficultés financières, professionnelles ou familiales, prendre soin de leur santé et faire de l'AP ne sont pas une priorité. Ainsi, un des médecins soulignait que pour s'occuper de sa santé et faire de l'AP, il faudrait d'abord régler les autres soucis personnels et avoir l'esprit tranquille.

M1 : « ils ont d'autres chats à fouetter que de faire du sport [...] Parce qu'ils ont d'autres préoccupations »

M3 : « Bah il y a des gens pour eux, ça leur passe au-dessus de la tête, ils ont d'autres problèmes que ça, voilà. »

M6 : « et puis c'est un état d'esprit aussi. Pour s'occuper de sa santé, il faut que tous les autres problèmes de bases soient réglés. [...] Je pense qu'il faut avoir une certaine tranquillité d'esprit pour se décider à avoir une activité physique. Une fois qu'on a réglé, les problèmes alimentaires, tous les soucis personnels qu'on peut avoir, etc... C'est un peu comme pour s'arrêter de fumer, il faut aller bien. Pour aller faire du sport il faut déjà être dans un état d'esprit. »

L'accumulation des difficultés pourrait être responsable d'un manque de temps. Les patients précaires auraient moins de temps « disponible » à consacrer à leur santé et à leurs loisirs que des patients non précaires.

M2 : « toutes les activités qui font que les gens doivent avoir du temps disponible c'est bien plus compliqué. »

M1 : « je me rends compte que les gens qui ont un niveau de vie plus confortable, ont plus de loisirs, plus de temps à consacrer à leur bien-être »

Certains médecins prenaient en compte cet aspect et comprenaient que le patient ne puisse pas faire d'AP. Ils décidaient alors d'eux-mêmes de ne pas aborder le sujet, ou de le faire avec précaution, de peur de ne pas être en phase avec les préoccupations du patient.

M6 : « de pas être en phase, bien sûr [...] Mais je le fais quand même avec précaution je trouve. »

M9 : « Disons que ce n'est pas son premier souci quoi en général, donc je ne vais pas lui parler d'aller marcher quand il me dit, je ne sais pas, il n'a pas de quoi manger ou qu'il a une grosse maladie. »

3.2.7.1.4 Limitation liée à une pathologie

Pour les médecins, une pathologie invalidante pouvait être un frein à la pratique de l'AP. Parfois c'est le patient lui-même qui estime (à tort ou à raison) que sa pathologie lui contre-indique la pratique de l'AP.

M10 : « ça dépend s'ils ont aussi un état de santé précaire, ça peut être aussi un frein, sûrement même. »

M9 : « Évidemment, ça peut être une cause physique bien sûr, ou un essoufflement, ou une douleur articulaire. »

M10 : « Il y a des patients qui se mettent des freins parce qu'ils ont de l'asthme »

3.2.7.1.5 Manque de connaissances sur l'AP

Les médecins estimaient qu'il y aurait un manque de connaissances de la part du patient concernant l'AP.

M1 : « je pense que c'est le manque de conscience de l'importance de l'activité physique, pour moi c'est ça, si vraiment ils avaient conscience de l'enjeu que ça peut avoir, alors certains s'en rendent compte. »

M6 : « Ou comprendre que ça va contribuer à un bien-être. Et ça les gens ne le comprennent pas toujours tant qu'ils ne l'ont pas expérimenté je pense. »

Ce manque de connaissances sur la santé, qui peut exister chez tout patient, serait plus important chez des patients précaires.

M1 : « ils n'ont pas conscience, je pense, autant que les autres personnes de l'importance, en tout cas de l'enjeu de toute activité physique pour leur santé. »

Par ce manque de connaissances, le patient précaire n'aurait pas conscience des bénéfices de l'AP sur sa santé et des risques de la sédentarité. De plus, certains patients n'auraient pas conscience que l'AP fait partie intégrante de la prise en charge médicale et la verraient uniquement comme un loisir.

M1 : « et les patients en situation de précarité ont tendance à voir la pratique d'une activité physique comme un loisir et non pas comme un acte promoteur de leur santé, et qui rentre dans le cadre de la prise en charge de leur santé [...] comme ils assimilent l'activité physique à une activité de loisir lorsqu'elle est faite en dehors du cabinet du kiné, pour eux ça relève plus de la détente, du loisir vraiment, pas du côté médical ou tel que nous on l'entend »

Les patients atteints de maladies chroniques pourraient également avoir de fausses croyances sur l'AP, et penser que l'AP est délétère pour leur santé.

M10 : « ou parce que je n'en sais rien, ils pensent que ce n'est pas bon pour eux, alors que c'est le contraire. »

Il peut également y avoir un manque de connaissances sur les offres de sport et d'AP proposées dans le quartier.

M8 : « Oui, la connaissance des offres, de se dire qu'il y a peut-être les clubs, qu'ils ont peut-être la Maison pour Tous, qu'il y a peut-être des initiatives locales. »

Une des raisons évoquées de ce manque de connaissances est la barrière linguistique.

M8 : « et s'ils n'ont pas la langue, ils ne peuvent pas avoir accès aux informations, donc oui c'est plus dur. »

3.2.7.1.6 Manque de confiance en soi

Certains patients n'auraient pas confiance en eux, en leur capacité physique à réaliser de l'AP. En effet, ces patients peuvent estimer qu'initier une AP est trop difficile, ils considèrent la pratique d'une AP comme une épreuve insurmontable.

M5 : « Confiance en eux déjà »

M4 : « il ne faut pas penser que c'est quelque chose d'insurmontable [...] il y a les gens qui ont l'impression que c'est un peu une montagne, que ce n'est pas fait pour eux. »

D'autres patients ne souhaiteraient pas aller vers d'autres gens, et donc ne veulent pas faire d'AP dans un club ou une association. Cela peut être dû à de la timidité ou à un complexe physique tel qu'une obésité, un problème de peau, ou à un état dentaire responsable d'une dévalorisation.

M10 : « Et puis parfois, le manque de confiance en soi, je pense, qui fait qu'on a peur d'aller vers l'autre [...] Parfois c'est d'aller en salle, il peut y avoir un frein, le frein un peu du premier pas, de timidité »

M2 : « Je pense aussi qu'il y a aussi une image corporelle, le fait qu'il y a déjà des gens en surpoids existant, voire une obésité [...] je pense que ça peut limiter les gens à se dire : « je ne vais pas aller dans une salle de sports alors que moi je suis gros ». »

M10 : « ou une présentation, moi j'ai des patients qui sont en situation précaire, qui n'ont plus de dents, ils sont mal à l'aise en société, ça peut aussi être un frein, ça peut jouer. »

M9 : « des fois ça peut être un complexe physique, par exemple les gens un peu costauds ne veulent pas aller dans une salle ou une piscine [...] des fois c'est un problème de peau, ça peut ne pas être esthétique donc ça les gêne. »

3.2.7.1.7 Contexte familial particulier

Un contexte familial particulier pourrait rendre difficile la pratique de l'AP. Un des médecins évoquait notamment le rôle de femme au foyer, devant s'occuper de plusieurs enfants ou d'une personne âgée dépendante, celle-ci aura beaucoup de mal à s'occuper d'elle et donc à faire de l'AP.

M2 : « demande de faire garder les enfants »

M8 : « Et puis, il y a aussi pour les mamans marocaines, qui ont plusieurs enfants en bas âge, elles sont femmes au foyer, et ce n'est pas vraiment dans leurs priorités.

M10 : « Ou au contraire, s'il est débordé, s'il y a cinq enfants à la maison en bas âge, et le grand-père à la maison, il n'aura pas le temps et ce que je peux comprendre aussi. »

3.2.7.1.8 Les patients précaires seraient moins sensibles aux messages préventifs

D'après un des médecins, les patients précaires étaient moins sensibles aux messages de prévention.

M7 : « les gens en précarité la prévention, ils sont beaucoup moins sensibles. [...] Pour tout ce qui est gynéco, colorectal, tout ça, ils ne viennent pas. Donc pour le sport, jamais en dépistage ils vont se dire : « il faut que je fasse de l'activité physique ». [...] les patients en précarité, comme je te disais, ils n'ont pas de connaissance sur la prévention, ils ne savent pas que ça existe. La prévention des maladies, qu'il y a des comportements qui diminuent le risque de maladie, donc ça ils n'ont pas les connaissances. Et eux ils viennent quand ça ne va pas, quand il y a une plainte, donc ils ne viennent jamais que pour ça. »

3.2.7.1.9 Patients migrants

Les patients migrants, au vu de leur situation, auraient d'autres priorités que de faire de l'AP. De plus, ils ne connaissent pas le fonctionnement du pays d'accueil.

M8 : « Quand on arrive d'un pays en guerre, d'une culture complètement différente, si tu veux ce n'est pas la priorité. »

M8 : « ils ne connaissent pas le fonctionnement du pays »

3.2.7.1.10 Difficultés chez les femmes immigrées d'origine maghrébine

Plusieurs médecins ont évoqué des spécificités retrouvées chez certaines femmes immigrées d'origine maghrébine de leur patientèle. Pour ces médecins, les patientes immigrées maghrébines sont particulièrement sédentaires et inactives.

M10 : « c'est souvent des patientes, d'origine maghrébine, qui n'ont pas l'habitude de sortir, de voir du monde »

M7 : « Après, quand même, c'est des gens qui sont sédentaires, surtout les dames. Les dames elles ont un peu de mal à bouger. Ça il faut leur rappeler. Donc plutôt les populations maghrébines femmes, ouais. Ouais, les femmes qui sont très sédentaires, donc c'est vrai que là plus spécifiquement j'appuie sur le fait qu'il faut marcher et sortir. Parce que sinon elles sont tranquilles à la maison et voilà »

Une des explications données par ces médecins était que très souvent, ces femmes sont femmes au foyer. De ce fait, les contraintes et les responsabilités familiales seraient un frein à la pratique d'une AP.

M8 : « Et puis, il y a aussi pour les mamans marocaines, qui ont plusieurs enfants en bas âge, elles sont femmes au foyer, et ce n'est pas vraiment dans leurs priorités. »

M8 : Il y a beaucoup de femmes au foyer dans les mamans marocaines. Elles ont beaucoup d'enfants, donc elles s'occupent de leurs enfants, elles n'ont pas le temps de s'occuper d'elles »

M7 : « Elles gèrent la famille, et du coup elles ont moins tendance à sortir. »

Une autre spécificité soulignée par certains médecins était que certaines femmes ne pratiqueront pas d'AP ou ne s'inscriront pas dans des clubs ou associations sportives où elles pourraient être au contact d'hommes.

M8 : « Pour certaines, elles ont une barrière, elles ne savent pas nager, ou elles n'oseraient pas, culturellement, elles ne vont pas se mettre en maillot de bain, donc elles n'auront déjà pas la piscine »

Comme le soulignait l'un des médecins, des actions se mettent en place pour lutter contre ces différents freins. Pour lutter contre ces contraintes familiales, dans le quartier des Cévennes, une association propose une garde d'enfant. Dans le quartier de Paul Valéry, une association permet de lutter contre la barrière linguistique en proposant les services d'un interprète en langue arabe. Plusieurs salles de sport et piscines, notamment à La

Mosson et à Celleneuve, proposent des cours/groupes non mixtes, réservés aux femmes, permettant de lutter contre ce frein.

M8 : « Et puis à l'association, il y a une nounou qui garde les enfants pendant que les femmes font de la danse, parce qu'ils se sont organisés pour s'adapter aux contraintes familiales qui parfois sont fortes. »

M6 : « je sais qu'il y a une salle de sport qui a ouvert à Celleneuve, et la dame qui m'en a parlé l'autre jour m'a dit : 'c'est bien, là-bas il y a une salle pour les femmes et une salle pour les hommes, on est tranquille, on peut y aller et tout.' [...] Voilà, entre femmes elles y vont. Donc il y a des choses qui sont en train de se mettre en place pour lutter un peu contre les freins liés au fait que c'était mixte et tout ça. Ça se discute, je ne sais pas si c'est bien ou pas bien, mais pour la santé globale des gens, peut-être c'est mieux. »

M10 : « c'est une association qui est dans le quartier, qui est un peu plus orientée vers des patients d'origine maghrébine, parce qu'il y a une traductrice. »

3.2.7.1.11 Difficultés avec les communautés gitanes

D'autres médecins ont évoqué des difficultés particulières qu'ils rencontreraient avec les patients issus de la communauté gitane. Pour ces médecins les patients gitans sont extrêmement sédentaires et inactifs physiquement.

M6 : « les communautés gitanes, elles ne marchent pas que je sache, elles ne font pas de sport. »

M10 : « Et alors pour les faire marcher c'est une catastrophe. »

La promotion de l'AP serait particulièrement difficile, voire impossible. Ces patients ne se rendraient pas compte de l'importance de l'AP et de ses bienfaits sur la santé. De plus, ils ne seraient pas réceptifs aux différents messages préventifs. Un des médecins expliquait que les patients des communautés gitanes ne consultaient que pour des problèmes aigus, ils ne consulteront pas s'ils ne ressentent pas de gêne fonctionnelle. Ainsi toute tentative de faire de la médecine préventive serait infructueuse.

M6 : « Oui je pense, je pense qu'ils ne se rendent pas compte des bénéfices pour la santé »

M7 : « Après, il y a une particularité, c'est la communauté gitane. Qui eux viennent que quand c'est urgent, quand ça ne va pas du tout. C'est l'urgence ressentie. Dès que ça va mieux, hop, ils ne reviennent plus. [...] Donc là, la prévention c'est inabordable parce qu'ils viennent que quand il y a multi-problèmes ressentis. »

Un des médecins confiait ressentir de la lassitude face aux difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients gitans.

M6 : « Peut-être que je suis un peu épuisée [...] Je pense même que c'est un peu plus compliqué que dans les autres communautés que je rencontre. Je pense que c'est chez eux que c'est le plus compliqué. »

3.2.7.2 Freins liés au déroulement de la consultation :

Les médecins ont évoqué des difficultés survenant au cours des consultations pouvant limiter la promotion de l'AP.

3.2.7.2.1 *Le manque de temps et le nombre important de motifs de consultation*

Le premier facteur limitant au cours des consultations avec un patient précaire était le manque de temps de consultation. Si le médecin est limité par le temps, la médecine préventive et la promotion de l'AP ne seront pas abordées.

M8 : « c'est sûr que parfois le manque de temps, que je ne vais peut-être pas le développer à chaque fois »

M7 : « Et on essaie de parler un peu prévention, mais on est très limité par le temps [...] donc le temps est quand même limitant. »

M3 : « Eh ben le temps, on ne va pas y passer 1h, ça c'est sûr. »

M5 : « Si je suis à la bourre, je vais peut-être dans un premier temps, lors de la première consultation, juste traiter le problème qu'ils m'ont amené. »

Ce manque de temps de consultation pouvait être secondaire à un nombre de motifs de consultation important. Ce nombre de motifs élevé de consultation rend les consultations lourdes, le médecin devant gérer plusieurs problèmes plus ou moins graves, la prévention et l'AP passeront au second plan.

M1 : « le motif de la consultation s'ils sont hypertendus, ils viennent pour renouveler leur traitement mais il y a toujours un truc à côté, ils viennent souvent et me disent "mon petit cousin sa carte n'est pas jour mais est-ce que vous pouvez le voir ? prendre une consultation ?" etc. et c'est vrai que parfois on n'est pas à 100% mobilisés pour eux et pour une approche globale de leurs pathologies. »

M2 : « on a souvent des milliards de motifs lors de la consultation »

M7 : « Voilà. Le temps, c'est vrai que, si les gens viennent avec quatre motifs de consulte, tu en peux plus quoi. »

M1 : « ou alors parce qu'il y a beaucoup plus d'autres choses à régler et que je le mets au second plan »

À cause de ce nombre important de motifs de consultation, le patient doit assimiler et gérer déjà beaucoup d'informations médicales lors d'une consultation, surtout pour une maladie chronique, telle que le diabète. Un des médecins estime qu'en rajouter encore avec le conseil de pratiquer une AP, c'est demander trop d'efforts de sa part et de la part du patient.

M3 : « Si je ne l'aborde pas c'est parce que la consultation est déjà assez lourde, avec plein d'autres choses et que la question ne se pose pas, voilà »

M1 : « Je pense à mes patients diabétiques pour lesquels j'ai du mal à faire un suivi régulier cardio, ophtalmo et les hémoglobines glyquées, podologue, voilà, ça me mobilise beaucoup au cours de la consultation et leur faire prendre conscience qu'en plus l'activité physique rentre encore là-dedans, je pense que ça me demande trop de temps, trop d'effort, d'investissement lors de la consultation de leur expliquer tout ça, je pense que c'est ça. »

3.2.7.2.2 Absence de lien entre le motif de consultation et l'AP

S'il n'y avait pas de lien entre le ou les motifs de consultation initiaux et l'AP, le médecin peut avoir du mal à introduire le sujet de l'AP.

M2 : « donc s'il n'y a pas un petit truc qui permet d'accrocher cela, ça passe à la trappe. »

M8 : « parce que ce n'est pas le motif premier, que je ne vois pas de lien direct »

M3 : « Ben c'est parce qu'ils viennent pour autre chose »

3.2.8 L'activité physique adaptée

Cinq médecins prescrivaient de l'APA. Sur ces cinq médecins, un avait ne jamais en prescrire chez le patient précaire, et un autre l'avait prescrit dans deux situations très particulières. Ainsi seuls quatre médecins prescrivaient de l'APA chez le sujet précaire, les cinq autres n'en prescrivaient jamais.

3.2.8.1 Chez les médecins qui en prescrivent :

3.2.8.1.1 *Comment prescrivent-ils l'APA*

Les moyens utilisés pour prescrire de l'APA étaient divers. Un médecin utilisait un modèle pré-enregistré sur son logiciel informatique. Un autre médecin utilisait le formulaire de l'assurance-maladie. Enfin, le dernier médecin concerné réalisait des courriers pour les professionnels concernés.

M1 : « j'ai un modèle sur le logiciel : activité physique adaptée, réadaptation à l'effort. »

M2 : « sur le formulaire qui est sur AMELI »

M6 : « je vais faire un courrier d'accompagnement pour qu'il prenne rendez-vous, qu'il rentre dans la démarche, voilà. »

3.2.8.1.2 *L'APA est prescrite pour certaines indications*

Les médecins déclaraient prescrire de l'APA principalement pour les patients obèses, les patients diabétiques, les patients atteints de pathologies cardiovasculaires et enfin les patients atteints d'un cancer.

M1 : « essentiellement les patients avec pathologie cardio-vasculaire, les obèses, diabétiques »

M2 : « pour la plupart ce sont des diabétiques, et quelques patients en oncologie, en soins de support »

M6 : « Et puis après les patients diabétiques qui sont en situation compliquée aussi, j'essaie de les orienter vers une association qui propose une activité physique adaptée. »

À noter qu'un des médecins a déjà prescrit de l'APA dans deux situations très particulières, pour les enfants en surpoids et pour des patients en ALD, pour lesquelles l'APA était prise en charge financièrement. Ce médecin prescrit de l'APA dans le cadre d'une association qui a permis de mettre en lien des patients avec des moniteurs d'APA, et que celle-ci soit prise en charge :

M8 : « on a relayé un projet d'une association de moniteurs d'APA, pour les enfants en situation de surpoids. Donc c'est une assos' qui est venue nous voir dans le quartier, en nous disant : est-ce que ça vous intéresserait qu'on puisse proposer à 12 enfants, chaque année, de faire tous les mercredis matins, du Sport Adapté avec des cours de diététique. Donc, on a mis cette première association, l'association MAVIE, en lien avec l'association AVEC de notre quartier, on a recruté des gamins en surpoids, et depuis septembre, il y a 12 enfants qui tous les mercredis matins, ont une séance d'APA avec un cours de diététique. [...] C'était le deuxième projet, initialement cette assos' avait fait un projet, c'était de faire du sport APA pour les patients en ALD. Il était venu vers nous et pareil, on a recruté des patients en ALD. Eux ils avaient 100 places pour faire de la marche nordique au patient ALD, et ils l'ont fait l'an dernier et ils continuent cette année, c'est à l'échelle de Montpellier, et on leur a envoyé quelques patients. Donc l'association MAVIE, d'ergothérapeute et d'APA, et c'est pareil, c'est gratuit, du coup c'était possible d'y participer ».

3.2.8.1.3 Les avantages de l'APA :

Les médecins prescrivant l'APA évoquaient quelques avantages à celle-ci. Tout d'abord, c'est plus facile en consultation de prescrire de l'APA que de promouvoir de l'AP de manière informelle. Comme elle est réalisée sur ordonnance, cela permet au patient de prendre conscience de l'intérêt médical de l'AP et de sa place dans la prise en charge de sa maladie. Ensuite, le médecin est assuré que c'est réalisé de la bonne façon, car c'est encadré par un professionnel.

M1 : « on est sûr que c'est fait correctement »

M1 : « mais pour le coup c'est plus simple de lui donner une ordonnance et de l'envoyer chez un kiné, que de lui expliquer quel est le type d'activité qu'il doit faire régulièrement pour améliorer son état de santé. [...] puis ils prennent conscience que c'est quelque chose qui est prescrit par le médecin, ce n'est pas juste un conseil qu'on donne. [...] c'est beaucoup plus valorisé et ils ont plus conscience que ça relève du traitement et de la prise en charge de leur pathologie »

3.2.8.1.4 Difficultés rencontrées dans la prescription d'APA

Le principal frein à la prescription d'APA était le fait que ça ne soit pas pris en charge financièrement. Cet aspect constituait un frein majeur chez le patient précaire, qui souvent rencontre des difficultés financières.

M8 : « Et puis le deuxième frein c'est qu'il n'y a pas de prise en charge financière [...] donc pour la majorité de mes patients ça ne sera pas possible, donc je ne le prescris pas »

M10 : « Ce n'est pas remboursé et c'est quand même relativement cher. »

L'autre facteur limitant la prescription était la difficulté des médecins à avoir un réseau d'APA. Les médecins ne savent pas toujours vers quel professionnel ou quelle structure adresser les patients.

M6 : « Je propose aux gens, mais après, je ne sais pas toujours où les adresser. Mais, je ne sais pas où on peut faire de l'activité physique encadrée, non payante, pour les précaires [...] donc c'est vrai qu'on manque un peu d'agenda, de répertoire, de référent [...] d'informations pour avoir des adresses où on pourrait adresser les gens sans que cela ne leur coûte trop cher. »

M8 : « c'est que je n'ai pas de réseau fiable, validé à mon avis, et connu, à qui envoyer mes patients, je ne connais pas de moniteur d'APA, voilà, je n'ai pas de liste de réseau fiable, ni de tarifs de prise en charge. »

Un des médecins soulignait le fait que les difficultés évoquées ci-dessus pour la promotion de l'AP restent présentes pour la prescription d'APA. Notamment les freins émanant du patient comme le manque de motivation ou le manque de connaissances de la part du patient sur l'APA.

M1 : « non pas en dehors de ce que l'on a évoqué [...] on revient aux mêmes motifs »

M1 : « je pense que c'est le manque de motivation »

M2 : « Peut-être c'est le petit levier « motivationnel » qui manque [...] je trouve que le plus compliqué c'est qu'ils passent à l'action »

Un des médecins avoue ne pas y penser, alors que ça pourrait être indiqué pour certains patients qui pourraient être éligibles.

M2 : « la plupart du temps c'est parce ce que je n'y pense pas, vraiment. Il y a plein de gens à qui je pourrais prescrire une activité physique adaptée. »

Pour un des médecins, l'APA n'est pas encore ancrée dans les réflexes des jeunes médecins, car ce sujet est très peu, voire pas du tout abordé au cours de la formation initiale des médecins.

M2 : « je pense que c'est lié au fait qu'on est hyper formatés. Il n'y a pas très longtemps que je suis sortie de la fac et du CHU, et on est hyper formatés sur les trucs de médecine somatique, de médicaments et de trucs comme ça et le fait de pouvoir prescrire de l'activité physique adaptée, cela ne fait pas des siècles que cela existe et en tout cas ce n'est pas le CHU qui nous y a formés. [...] C'est moins dans nos réflexes, et en tout cas moi dans tout ce que j'ai appris à la fac et tout ce qu'on nous serine pendant des années, il n'y avait pas le critère d'activité physique dans les prescriptions. »

Un des médecins signalait la difficulté à comprendre la recommandation de la HAS sur la prescription d'APA.

M8 : « Alors, j'ai essayé de comprendre la recommandation de la HAS, que j'ai trouvée très très dure à digérer »

Certains patients ne verraient pas l'utilité de l'APA ou auraient du mal à identifier ce que représente l'APA :

M1 : « qu'ils ne sont pas vraiment persuadés que ce soit si utile que ça »

M2 : « ou le flou que cela représente aussi pour les gens de qu'est-ce qu'il y a derrière, et dans quoi je mets le doigt, qu'est-ce que va être le contenu et si j'avale ce truc qu'est-ce que je vais me retrouver à faire »

3.2.8.2 Chez le médecin qui n'en prescrit pas :

3.2.8.2.1 *Pourquoi vous n'en prescrivez pas ?*

Cinq des médecins indiquaient ne jamais prescrire d'APA, que ça soit chez le patient précaire ou non précaire. Les principales raisons évoquées étaient les mêmes que les difficultés rencontrées pour prescrire l'APA chez les médecins en prescrivant.

Tout d'abord le frein financier, le fait que ça ne soit ni remboursé, ni pris en charge représente l'obstacle majeur à la prescription d'APA. Cette contrainte financière n'est pas adaptée à une population précaire.

M3 : « ce n'est pas pris en charge, ni par les mutuelles, ou pas, rien. »

M7 : « parce que ce n'est pas remboursé. J'informe oralement. »

M4 : « vu qu'il y avait le facteur prix et ce n'est pas ça que je cherchais. Je voulais savoir comment on peut, un peu comme les médicaments, on fait une ordonnance à un patient et il y va dans un truc pour faire, un peu comme un kiné, où il n'a pas de dépenses à faire, mais ça je crois que ça n'existe pas. »

Ici encore, le manque d'information revient. Les médecins ne savent pas comment prescrire de l'APA et vers quelle structure orienter le patient.

M4 : « Mais à chaque fois j'essaie de faire des recherches, mais je n'arrive pas bien à trouver les infos. Sur comment on oriente les personnes, vers qui, et c'est quoi mon rôle. Parce que je peux à la rigueur donner des infos aux patients, mais tu sais, comme le sport sur ordonnance, comment ça se prescrit, vers qui envoyer et est-ce que les patients le payent ? »

M9 : « En fait je n'ai pas le texte sous les yeux, et à chaque fois que je me renseigne auprès de la sécu, ils disent qu'ils vont me l'envoyer l'article [...] ce qui fait que je n'ai pas le cadre précis. »

L'absence de connaissance concernant la prescription d'APA et l'absence de contact vers qui orienter les patients pouvait être liées à un manque de formation. En effet, la plupart, voire tous ces médecins n'ont pas été formés à la prescription d'APA.

M3 : « En tout cas nous, pour le moment on n'a pas de formation qui nous dit faites des ordonnances d'activité physique adaptée. »

Enfin un médecin ne prescrivait pas d'APA, estimant que sa prescription n'avait pas d'intérêt.

M3 : « Non je ne peux pas, je pourrais si ça servait à quelque chose [...] parce que de toute façon ça ne sert à rien. »

3.2.9 **Formation**

3.2.9.1.1 *Formation des médecins dans le domaine de l'activité physique ou de l'APA ?*

Sur 10 médecins, seul un (M10) avait déjà eu une formation spécifique en matière d'activité physique ou d'APA, celle-ci dans le cadre de la capacité de médecine du sport. Un autre médecin (M4) avait eu des réunions d'information sur la prescription d'APA quand elle travaillait en Ile-de-France, mais pas de formation au cours de la formation initiale. Les huit autres médecins n'ont jamais eu de formation.

3.2.9.1.2 *Envisagez-vous de mettre en place une formation sur l'activité physique ?*

Trois médecins envisageaient d'entamer une formation sur l'AP. Un des médecins se renseignera sur les possibilités dans son quartier.

M2 : « maintenant qu'on en parle je vais chercher dans le quartier »

Un autre médecin envisageait une formation sur la médecine préventive en général et sur l'entretien motivationnel.

M7 : « Ouais je ferais bien une formation sur des méthodes de prévention, tout ce qui est entretien motivationnel, pour motiver les patients à changer, plus sur les patients précaires, pour les motiver, avoir des arguments pour les aider à être plus sensibles à l'activité sportive. Bah aussi pour l'activité physique, mais c'est vrai que ça c'est un peu général »

Finalement, seul le médecin M8 envisageait une formation dans le futur sur la prescription d'APA.

M8 : « Ah bah ouais, c'est sûr, s'il y a une prise en charge qui va devenir possible j'aurais envie de l'utiliser, il faudrait que je me forme à savoir quel type de sport est bien chez l'insuffisant cardiaque, qui est mieux chez l'obèse ou le lombalgique, ou le mieux dans l'artériopathie. Après, aujourd'hui je ne sais pas, il y a des choses plus fines à prescrire au-delà de leur dire il faut bouger quoi. [...] Oui, oui, savoir les exemples que je viens de te donner, qu'est-ce qu'on attend de nous, une prescription très précise, quel type d'exercice, de fréquence, et d'intensité, auquel cas moi je ne sais pas le faire. »

Les 6 autres médecins n'envisageaient pas de formation concernant l'AP ou l'APA. Un seul des médecins a donné une raison, il estime qu'il y aurait déjà assez de formations.

M5 : « Ah non, on a déjà plein de formations »

Les autres n'ont pas donné d'explication sur pourquoi ils ne souhaitent pas se former spécifiquement sur ce sujet.

4. DISCUSSION

4.1 Principaux résultats

Les principaux résultats de notre étude permettent de comprendre les pratiques des MG des QPV de Montpellier concernant la question de l'AP chez les patients précaires. Nos résultats explorent comment les MG définissent et repèrent un patient précaire, comment ils font la promotion de l'AP et les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs pratiques chez le patient précaire.

4.1.1 Définition de la précarité par les médecins

4.1.1.1 Absence de consensus sur la définition de la précarité

En premier lieu, nous avons étudié comment les médecins des QPV définissent la notion de précarité. Les résultats de notre enquête montrent qu'il n'existe pas de consensus sur la définition de précarité, qui est très variable d'un médecin à l'autre. Les principaux éléments cités sont les difficultés financières, l'absence de couverture maladie, les difficultés de compréhension, l'isolement social ou familial et enfin les difficultés professionnelles.

Ces différents éléments étaient retrouvés dans la littérature, notamment dans une étude du DREES de 2018 qui évaluait l'opinion et les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale. Les principaux éléments définissant la précarité dans notre travail sont similaires aux critères de vulnérabilité sociale retrouvés dans cette étude (71). Trois critères étaient principalement cités : les revenus insuffisants, l'isolement social et les difficultés liées à l'emploi. Ces trois éléments étaient également retrouvés par Cécile Flye Sainte Marie en 2015 dans son enquête explorant les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des patients précaires (72).

Les autres éléments rapportés par les médecins de notre enquête étaient la faible maîtrise de la langue française, la protection sociale insuffisante et le faible niveau d'instruction. Ceux-ci étaient également cités dans l'étude du DREES, mais de façon plus marginale.

4.1.1.2 Le repérage de la précarité est systématique, mais non systématisé

Comme nous l'avons vu en introduction, le médecin traitant joue un rôle capital dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, notamment par le repérage des difficultés sociales de leurs patients, en recueillant le maximum d'informations sur ceux-ci, afin de proposer une prise en charge adaptée aux difficultés potentielles du patient (71,73).

Les éléments utilisés par les médecins pour repérer les patients en situation de précarité découlent naturellement de la définition propre à chacun de cette notion. Les différents éléments sont principalement recherchés au cours de l'interrogatoire, ils recherchent les mêmes éléments que précédemment cités, à savoir : les difficultés d'accès aux soins, la couverture maladie, le renoncement aux soins, les difficultés de compréhension, l'isolement, les conditions de logement, les difficultés socio-économiques.

Ces éléments correspondent aux recommandations du Collège de la Médecine Générale, qui préconisent de recueillir de façon systématique sept informations indispensables, à intégrer dans le dossier médical (73). L'ensemble de ces informations indispensables semblent être recherchées de façon systématique par les médecins de notre enquête, ceux-ci recherchent également d'autres éléments comme la situation familiale afin de détecter un isolement.

Mais contrairement à ce qui est recommandé, cette exploration de la situation sociale du patient ne se fera pas de façon systématisée. En effet, si certains médecins le feront lors de la première consultation, d'autres le feront au fur et à mesure du suivi du patient. D'autre part, rien n'indique que les médecins interrogés intègrent les informations récoltées dans le dossier médical du patient. Ces résultats sont similaires avec les résultats de la thèse de Céline Ernst-Toulouse, dans laquelle le recueil des informations socio-économiques était également instinctif et non formalisé, il se faisait de manière passive et indirecte tout au long du suivi du patient (74).

Si certains médecins déclaraient avoir des difficultés à repérer les patients en situation de précarité, ces difficultés pourraient être dues à ce manque de systématisation du recueil des informations sociales.

Tous les médecins de notre étude repéraient les patients précaires à l'interrogatoire et de façon orale, aucun médecin n'utilise de score ou d'outil comme le score EPICES. Nous pourrions nous interroger sur l'utilité d'un tel score pour faciliter le repérage et quantifier le niveau de précarité.

Dans l'article de Katia Mazolovic, qui évaluait la concordance entre repérage spontané de la précarité et l'utilisation du score EPICES, les résultats montraient qu'il existait une concordance mais avec un accord faible à modéré entre les évaluations selon les critères de Landis et Koch(75) (coefficient de corrélation Kappa de Cohen à 0,404, $p < 0,01$). De plus, l'étude révélait une faible certitude de la part du médecin dans son évaluation de la précarité(76). Ces résultats montrent que le repérage spontané de la précarité par le médecin généraliste n'est pas efficient. Ils illustrent la difficulté réelle d'identification de la précarité au cours des consultations.

Certains médecins de notre enquête déclarent bien connaître leur patientèle, et ainsi savoir quel patient est précaire ou non. Or, l'étude de Ludovic Casanova semblerait dire que les médecins généralistes connaissent moins bien les caractéristiques socio-économiques de leurs patients les plus défavorisés par rapport aux patients favorisés de leurs patientèles (77).

Ainsi, il serait illusoire de la part des médecins de supposer connaître parfaitement le statut social de leurs patients sans une recherche plus formalisée des caractéristiques socio-économiques. La formalisation du repérage par le recueil systématique et systématisé des données sociales dans le dossier médical et l'utilisation d'outil comme le score EPICES permettraient donc d'améliorer le repérage de la précarité et ainsi de diminuer les inégalités sociales de santé.

4.1.1.3 Intérêt des visites à domicile dans le repérage de la précarité

Certains médecins évoquent également l'intérêt des visites à domicile dans le repérage des situations de précarité. Ces visites permettraient aux médecins d'évaluer les conditions de logement et d'observer les conditions de vie du patient. Elodie Tekaya montrait en 2018, que malgré les contraintes nombreuses, les visites à domicile permettent, par visibilité sur l'environnement du patient, d'apporter des informations supplémentaires sur le mode de vie de celui-ci. De plus elles permettraient de renforcer le lien et la relation médecin-patient, notamment avec des personnes âgées, polyopathologiques ou dépendantes (78).

Le nombre de visites par médecins est en constante diminution (79). Alors qu'en 2001, les généralistes assuraient 65 millions de visites à domicile, soit 23 % de leurs actes, celles-ci s'élèvent à 24 millions en 2016, soit moins de 9 % de l'activité (80). Leur maintien semble toutefois nécessaire pour évaluer au mieux les conditions de vie de certains patients, notamment les plus fragiles.

4.1.2 Pratique des médecins généralistes

4.1.2.1 Abord de l'AP au cours des consultation

4.1.2.1.1 *L'AP est moins abordée en consultation chez le patient précaire que chez le patient non précaire*

Le premier résultat majeur de notre étude est la mise en évidence que l'AP est moins souvent abordée chez le patient précaire que chez le patient non précaire (13,2% des patients précaires adultes ayant consultés contre 26,5% des patients non précaires). Les patients précaires bénéficient moins de la promotion de l'AP que les patients non précaires.

Si de nombreuses études ont déjà montré l'existence d'un gradient social en matière de pratique de l'activité physique (26,27,81–83), peu d'études ont démontré l'existence d'un tel gradient en matière de promotion de l'AP. C'est le cas dans une enquête de 2018 dans laquelle Géraldine Bloy avait montré qu'il existait un gradient social dans le conseil de l'AP, et celui-ci en défaveur pour le bas de l'échelle social (63).

4.1.2.1.2 *Abord uniquement si elle est en rapport avec le motif de consultation ou un antécédent du patient*

Aucun des médecins interrogés évoquent de façon systématique l'AP au cours de ses consultations en prévention primaire. Les observations des consultations le confirment. L'AP est principalement abordée si celle-ci était en rapport avec le ou les motifs de consultation, elle est également abordée si celle-ci était en rapport avec un antécédent ou une pathologie du patient.

Ces résultats sont conformes aux résultats retrouvés dans la littérature (62,84,85). Nous pouvons citer encore une fois une étude de Géraldine Bloy, qui en 2016 essayait de comprendre les pratiques des médecins généralistes en matière d'AP dans la population générale. Dans cette enquête les médecins abordaient le sujet selon les liens pouvant être faits entre l'AP et un motif de consultation, ou en prévention secondaire en cas de pathologie sous-jacente (62). Dans l'étude d'Aurélié Faure, l'AP était très souvent abordée en présence de facteurs de risque cardiovasculaire et particulièrement le diabète (84).

Notre étude confirme donc qu'il est difficile pour les médecins généralistes de systématiser la promotion de l'AP, celle-ci reste abordé uniquement si elle est en lien avec un motif ou un antécédent du patient pour lequel elle serait indiquée.

4.1.2.1.3 *Evaluation du patient et de sa pratique*

L'évaluation des habitudes du patient en matière d'AP se fait principalement sous forme de question à l'interrogatoire, de manière orale, sans outils spécifiques. Cette évaluation de la pratique permettrait d'adapter la prise en charge en proposant une activité adaptée au patient.

Dans le guide de l'HAS pour la promotion, consultation et prescription d'activité physique, il préconise une évaluation minimale systématique comprenant (32) :

- *Une estimation du niveau habituel d'AP du patient,*
- *Une estimation de l'intensité de l'AP envisagée,*
- *Une estimation de l'état de motivation du patient pour les AP envisagées,*
- *Une évaluation du niveau de risque CV du patient,*
- *Une estimation des autres risques du patient à la pratique d'une AP.*

Si tous les médecins interrogés évaluent tous plus ou moins les habitudes d'AP du patient, aucun n'a évoqué les autres points préconisés dans cette recommandation, notamment l'évaluation de l'état motivationnel du patient. En effet, l'état de motivation détermine la capacité d'un individu à changer de comportement. Selon le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (86), le patient peut se situer à différents stades du processus de changement : l'indétermination, l'intention, la préparation, l'action et la consolidation ; et évolue d'un état à l'autre. Le rôle du médecin est d'accompagner le changement de mode de vie du patient au cours des différentes étapes du processus. L'évaluation de l'état motivationnel du patient est donc essentielle pour l'accompagner au mieux le patient dans ce processus, afin de choisir au mieux une AP et d'adapter son conseil en matière d'AP en fonction de l'état motivationnel du patient.

Autre point évoqué par aucun médecin, l'évaluation du niveau de risque cardiovasculaire avant de prodiguer un conseil ou de prescrire de l'AP. La recommandation de l'HAS préconise une évaluation minimale systématiquement du risque cardiovasculaire chez tous patients avant la dispense de tout conseil ou prescription d'AP d'intensité au moins modérée. Pour évaluer ce niveau de risque cardiovasculaire des patients, elle préconise d'utiliser la classification européenne du risque cardiovasculaire basée sur l'index SCORE (Systematic COronary Risk Estimation) (32).

Nos résultats montrent que la plupart des médecins recommanderont la marche comme activité physique. Nous pouvons supposer pour expliquer cette absence d'évaluation du risque cardiovasculaire que les médecins pensent pouvoir s'en affranchir car ils considèrent la marche comme une activité de faible intensité.

De plus, cette préconisation n'est pas forcément adaptée au quotidien des MG et des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien, notamment le manque de temps au cours des consultations.

Mais malgré ces difficultés, il nous semble nécessaire d'évaluer systématiquement le risque cardiovasculaire afin de prévenir le risque d'accident cardiovasculaire grave. Il serait donc nécessaire d'encourager les MG à systématiser l'évaluation cardiovasculaire des patients consultant pour de l'AP et de généraliser l'utilisation de l'index SCORE.

4.1.2.2 La promotion de l'AP s'adapte aux patients des QPV

Les médecins interrogés citent trois types d'intervention concernant l'AP, le conseil, l'explication et l'orientation. Ces trois éléments ont également été observés au cours des consultations.

4.1.2.2.1 *Le conseil premier de marcher est adapté aux patients précaires*

La marche est l'activité physique la plus pratiquée en France (87). C'est également la principale activité conseillée aux patients précaires par les médecins de notre enquête. Nos résultats montrent que les médecins des QPV agissent de la même façon que les médecins étudiés dans d'autres travaux sur le sujet dans la population générale (62,65,88,89).

Si l'intensité et la fréquence conseillées peuvent varier d'un médecin à l'autre, celles-ci restent conformes aux recommandations de l'OMS (28). Les médecins mettent également l'accent sur la régularité de la pratique, comme cela a pu être retrouvé dans d'autres études (62).

Les médecins généralistes des QPV conseillent la marche en premier et de façon quasi-automatique, car celle-ci semble particulièrement adaptée au patient précaire. En effet, les praticiens soulignent le faible coût de la pratique de la marche, celle-ci ne nécessite pas d'équipement spécifique, en dehors d'une paire de chaussures et éventuellement de bâtons de marche. Elle ne requiert pas d'encadrement et peut se pratiquer en dehors de toute installation. Ce faible coût est bien adapté aux patients précaires qui souvent peuvent avoir des difficultés financières.

La marche apporte des bénéfices sur la santé, à elle seule elle permet de réduire l'incidence des événements cardiovasculaires et du diabète de type 2, avec une relation dose-dépendante (90) ; des pathologies dont la prévalence est élevée dans les populations les plus modestes (91–93). De plus, elle présente également d'autres avantages ; elle est à la fois une activité sportive et un mode de déplacement actif ; elle est réalisable à tout âge avec des risques limités ; enfin elle présente en général une bonne observance au long court (32).

4.1.2.2.2 *Mais le conseil reste très minimal*

Que ça soit au cours des consultations ou selon les entretiens des médecins, les conseils d'AP sont donnés de manière orale. Mise à part le conseil de marcher, les autres conseils délivrés au cours de l'observation des consultations se limitent souvent à une (seule) phrase au cours de la consultation, et ceci pour émettre un conseil souvent non précis et assez peu spécifique, tel que le conseil de « bouger » ou le conseil de « faire de l'exercice » (85,89,94).

Ces conseils oraux succincts et peu spécifiques pourraient rentrer dans le cadre de ce qu'on appelle le conseil minimal, qu'on retrouverait dans d'autres actes de prévention comme par exemple dans le sevrage tabagique.

Les conseils oraux minimaux pourraient suffire pour changer les habitudes des patients en matière d'AP. C'est en tout cas ce que suggérerait Pierre-Antoine Riquier en 2012 et Éric Vallée en 2017. Les résultats de leurs études respectives montraient un changement positif de comportement des patients après une intervention minimale de promotion de l'AP chez les patients consultants en MG (95,96).

Toutefois, même si les conseils minimaux oraux peuvent permettre de favoriser l'AP, la transmission de conseils sous forme écrite pourrait être plus efficace. En effet, on sait que plus de la moitié des informations orales données en consultation sont oubliées par le patient à la sortie du cabinet (97). On sait également que les supports d'informations écrits permettraient dans certaines pathologies de renforcer la transmission de l'information (98,99). Concernant l'AP, la présence de fiches à remettre au patient est un élément qui peut inciter les médecins à prescrire plus d'AP (88) et renforcerait l'adhésion du patient à la pratique de l'AP dans certaines pathologies (100).

C'est d'ailleurs la dynamique actuelle des autorités de santé de tenter de sortir du conseil minimal afin d'améliorer les pratiques et la dernière recommandation de l'HAS en matière d'AP va dans ce sens (32).

Pour les patients physiquement inactifs qui ont besoin d'augmenter leur niveau d'AP, elle préconise de proposer aux patients des conseils oraux ou un programme écrit (prescription d'AP) :

- Le conseil oral reste approprié si le patient est réceptif, motivé et autonome, il doit être capable d'augmenter son niveau d'AP sans risque et par ses propres moyens, et de contrôler et le maintenir ce niveau seul.
- Si le patient n'en est pas capable, la prescription d'un programme écrit d'AP ou sportive est plus appropriée, celui-ci se réalisera avec ou sans supervision, organisé par des associations ou des clubs sportifs, et encadré par des éducateurs sportifs formés (32).

Au vu de ces recommandations, l'évaluation des capacités physique et du degré d'autonomie du patient nous paraissent d'autant plus indispensable pour cibler au mieux les patients nécessitant une prescription écrite.

Néanmoins, l'augmentation de la prescription écrite en matière d'AP pourrait buter sur les nombreuses contraintes inhérentes aux consultations de médecine générale, comme le manque de temps et le manque de formation à la rédaction d'un programme d'AP adapté à chaque patient (101). Une solution afin de lutter contre ces freins pourrait être la création de fiches standardisées destinées aux patients. Celles-ci pourraient se substituer à une prescription d'AP chronophage et être plus formalisées qu'un conseil minimal oral trop peu spécifique. La réalisation et l'évaluation d'un tel dispositif mériteraient un travail subsidiaire.

4.1.2.2.3 *Orientation des patients : rôle majeur des associations de quartier*

Dans notre étude, les médecins déclarent orienter très fréquemment vers des associations de quartier et vers des groupes de patients autoorganisés. Ces résultats ne sont pas retrouvés dans la littérature, par exemple dans l'étude de Geraldine Bloy, les médecins généralistes n'orientaient qu'exceptionnellement vers un club ou une association (62).

Ces résultats différents permettent de souligner l'importance et le rôle primordial du tissu associatif dans ces quartiers, et notamment comme relais de la prise en charge médicale en matière d'AP.

Un des médecins avait soulevé l'importance des associations dans les quartiers pour favoriser l'intégration des populations immigrées, notamment les associations sportives. On retrouve ce rôle essentiel du sport dans le processus d'intégration des populations immigrées dans un article de Philippe Coulangeon. Il montrait comment les sports populaires comme le football, très prisés chez les immigrés et les enfants d'immigrés, fut en France un vecteur d'intégration, notamment au sein du monde ouvrier (102). Katia Nigaud a montré comment les associations peuvent avoir un rôle essentiel dans la lutte contre l'isolement social des populations immigrées vivant en QPV, notamment pour les femmes. Beaucoup d'entre elles peuvent souffrir de solitude et du déracinement socio-spatial. Les associations pouvaient être un moyen de sortir de chez elles et de rompre avec l'isolement. Les associations situées en plein cœur des quartiers, se voulaient un espace de rencontre, de promotion et de développement du lien social, pour l'ensemble des personnes d'origines culturelles diverses (103).

Enfin, comme le soulève un des médecins, ces associations peuvent également être un vecteur pour l'intégration sociale pour les personnes en grande exclusion, comme les migrants sans-papiers ou les sans-abri. Il a été montré que la pratique du sport comme accompagnement social chez les personnes sans-abri permettait de favoriser la réinsertion sociale et pouvait être motrice de changement. Cela permettait aussi de se détacher du quotidien et de penser à autre chose le temps d'un moment. Enfin, elle favorise les rencontres et permet de recréer une socialisation (104).

Le tissu associatif dans les QPV semble donc être également un élément-clé dans la prise en charge globale des patients précaires, à la fois en rendant accessible la pratique de l'AP, mais également en permettant de réduire les inégalités sociales de santé.

Les médecins de notre étude sont en revanche très critiques envers les salles de sport commerciales, qui seraient inadaptées à une population pouvant avoir des difficultés financières. Ces résultats sont confirmés par ceux de Géraldine Bloy ou dans son étude les médecins généralistes se montrent également critiques des salles de sport et des clubs (62).

Les médecins doivent s'efforcer d'expliquer aux patients que débiter l'AP ce n'est pas nécessairement s'inscrire dans une salle de sport, car ils ont conscience des difficultés financières que peuvent rencontrer ces derniers.

Si les médecins sont critiques envers les salles de sport commerciales, dont le prix n'est pas adapté à une clientèle précaire, l'accès aux équipements sportifs publics de la ville n'a pas été retenu comme frein à la pratique sportive. Les équipements sportifs semblent satisfaisant dans les QPV de Montpellier. Cette tendance est retrouvée dans un rapport de l'ONPV de 2018, les personnes vivant en QPV ont un meilleur accès que les habitants d'autres quartiers à au moins un équipement sportif (105).

4.1.3 Les obstacles et les difficultés

Lorsqu'on interroge les médecins sur les difficultés qu'ils rencontrent dans la promotion de l'AP avec un patient précaire, les médecins évoquent en premier lieu les difficultés inhérentes aux patients les limitant dans la pratique d'une AP. Les médecins évoquaient ensuite des difficultés liées au déroulement de la consultation limitant la promotion de l'AP.

4.1.3.1 Freins à la pratique de l'AP chez les patients précaires

4.1.3.1.1 *Les difficultés financières du patient sont le premier frein évoqué par les médecins*

Le frein financier est la première difficulté évoquée par les médecins qui limiterait la pratique de l'AP chez les patients précaires et par conséquent limiterait la promotion de celle-ci. Ces résultats correspondent avec la définition qu'ont les médecins de la précarité, comme nous l'avons vu les difficultés économiques sont le premier élément cité par les médecins pour définir la notion de précarité.

Ce résultat est néanmoins étonnant si on le compare à la littérature. En effet, dans la plupart des études évaluant les pratiques des médecins généralistes en matière d'AP dans la population générale, les difficultés financières ne sont quasiment jamais évoquées par les praticiens comme freins à la pratique de leur patient (84,89).

Cependant, dans les études interrogeant directement les patients, le frein financier était retrouvé chez les catégories sociales les plus modestes (106,107). Il semblerait donc qu'il existe un décalage entre les difficultés rapportées par les médecins de ces études et les réelles difficultés ressenties par les patients.

Nos résultats montrent donc que les praticiens exerçant en QPV sont conscients de l'influence que prend l'aspect financier dans le quotidien et la prise en charge médicale des patients les plus précaires. Ils adaptent donc leurs pratiques concernant l'AP en orientant vers des activités ou structures peu onéreuses, comme nous l'avons vu précédemment.

Toutefois, si la majorité des médecins interrogés évoquaient cette limitation financière comme frein réel à l'AP, elle n'était pas partagée par tous. Certains médecins de notre étude estimant qu'il existerait des solutions gratuites pour pratiquer l'AP, comme la marche par exemple, et ne considéraient pas l'aspect financier comme un frein à la pratique de l'AP.

4.1.3.1.2 *Un manque de motivation et manque de temps liés aux autres préoccupations du patient*

Au cours des entretiens les médecins évoquent également comme frein à la pratique de l'AP le manque de motivation de la part du patient et le manque de temps du patient. Au cours des observations des consultations le manque de motivation de la part du patient a également été observé.

Le manque de motivation comme frein à la pratique de l'AP était constamment retrouvé dans les différentes enquêtes portant sur le sujet (84,88,106,107).

Les causes de ce manque de motivation et de ce manque de temps pourraient être liées aux situations et aux difficultés personnelles des patients. En effet, d'après les médecins interrogés, pour les patients en situation de précarité la santé et l'AP n'apparaissent pas comme prioritaires. Du fait de leurs situations difficiles, ces patients n'auraient pas de temps disponible à consacrer à leur santé et pour pratiquer une AP. Dans l'enquête de Mélanie Le Ho, les conditions de vie générales étaient le premier frein évoqué par les patients limitant leurs pratiques, l'activité physique était considérée comme non prioritaire au vu de problèmes jugés plus pressant tels les problèmes financiers, d'emploi, de logement, de transport, de sécurité des enfants (106).

Notre étude retrouve notamment que le manque de motivation peut être secondaire à la situation professionnelle du patient. Les patients ayant déjà un travail physique, tel qu'ouvrier dans le bâtiment, avaient des difficultés à se motiver à faire une AP le soir ou le weekend. Il pouvait également être secondaire à des difficultés d'ordre psychique, souvent retrouvées chez le patient précaire. Ceci peut se vérifier dans la prévalence des syndromes dépressifs et de l'anxiété, qui est en effet plus importante dans les populations les plus modestes (108).

Le manque de temps pouvait également être lié à des contraintes familiales fortes. Dans le baromètre de la pratique sportive de 2018, 11% des personnes non pratiquantes déclaraient leur absence de pratique due à des contraintes professionnelles ou familiales (87).

Ainsi, les médecins de notre enquête sont pleinement conscients des difficultés et des préoccupations du patient liées à leur situation précaire. Cependant, cela n'aboutit pas forcément sur une prise en charge adaptée aux spécificités du patient. En effet, comme il est parfois difficile d'adapter le message préventif au quotidien du patient, certains médecins préfèrent tout simplement esquiver la question de l'AP.

Par anticipation de la réaction de leur patient, mais également par absence de solution adaptée, ces médecins vont s'autocensurer en matière de prévention et de promotion de l'AP. Ils n'aborderont pas le sujet de peur d'être en décalage avec les priorités de leur patient. Ce phénomène était également retrouvé dans l'enquête de Geraldine Bloy, dans laquelle les médecins anticipaient également le manque de temps ou de motivation en remplaçant les patients dans leurs contraintes socio-économiques et habitudes de vie, et admettaient que les patients ont légitimement d'autres préoccupations dans leur vie que leur santé (62).

4.1.3.1.3 *Manque de connaissance sur l'AP chez les patients précaires*

Selon certains médecins le manque de connaissances de la part du patient en matière d'AP est un frein à la pratique. Les données de la littérature sont similaires à ce résultat. Dans un rapport d'expertise de 2014, l'INSERM identifiait le déficit de connaissances concernant les relations activité physique et santé comme un obstacle à la pratique de l'AP (109). Dans l'enquête de Mélanie Le Ho, portant sur les patients, la méconnaissance en matière d'activité physique était un des freins rapportés par les patients (106).

Les médecins de notre étude rapportent plusieurs informations pouvant faire défaut aux patients précaires :

- Tout d'abord le patient précaire n'a pas conscience des bénéfices de l'AP sur la santé et des risques de la sédentarité (32). De plus, certains patients peuvent voir l'AP uniquement comme un loisir, ignorant qu'elle fait partie intégrante de la prise en charge médicale.

La solution apportée par les médecins de notre étude était l'éducation thérapeutique. Que ça soit au cours des entretiens ou des observations, les médecins expliquaient aux patients les bénéfices de l'AP sur la santé et sur leurs pathologies.

- Ensuite les patients peuvent avoir de fausses croyances en matière d'AP, notamment sur le coût financier de celle-ci. Il est légitime pour ces patients de craindre que la pratique de l'AP soit une activité onéreuse, compte tenu du fait que la problématique financière rythme la vie des patients précaires. Mais en réalité les patients auraient une perception erronée du coût réel de la pratique de l'AP. En effet, un rapport de 2014 du DRJSCS Île-de-France (direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale) analysant le poids des questions financières dans la pratique sportive, confirmait qu'il existait des idées reçues sur le coût du sport chez les non-pratiquants, avec une surestimation par rapport au coût réel des pratiques sportives (110).

Ces données sont cohérentes avec une autre fausse croyance des patients rapportée par les médecins de notre étude, associant la pratique de l'AP à la pratique en club ou en salle de sport commerciale.

L'information et l'éducation semblent être également la solution apportée par les praticiens pour lever ce frein. L'autre réponse est l'orientation vers des structures associatives, d'autant plus que ces associations de quartier peuvent proposer une pratique d'AP gratuite ou peu onéreuse.

- Enfin, un autre frein rapporté par les médecins était le manque de connaissances des patients concernant l'offre en matière d'AP dans leur quartier. Il semblerait que ce manque de connaissances soit spécifique aux patients précaires, car le travail de Mélanie Ho retrouve le même résultat chez les patients précaires d'Ile-de-France (106).

Là encore, le rôle d'information du médecin et du tissu associatif est primordial car comme nous l'avons vu l'offre sportive dans les QPV de Montpellier est satisfaisante (105). Il existe donc une réelle opportunité pour les patients des QPV d'avoir accès à une structure d'AP ou de sport.

D'après les médecins de notre étude, les raisons de ces connaissances manquantes chez les patients précaires sont multifactorielles :

- Ils mettent d'abord tout d'abord ce manque de connaissances sur le compte des difficultés de compréhension liée à la barrière linguistique, inhérente aux populations précaires et immigrées des QPV de Montpellier. Il semble évident que la transmission d'informations et l'éducation thérapeutique sont difficiles pour les médecins dans ce contexte.

Ces difficultés de compréhension peuvent également être secondaire à un faible niveau d'éducation. Dans l'enquête d'Anaïs Jégou, les connaissances en matière d'AP et de sédentarité étaient moins connues chez les patients ayant un faible niveau d'études (111).

- Enfin, ce manque de connaissances peut être lié à une plus mauvaise réception du message préventif de la part des patients précaires que le reste de la population. Ce constat a pu être retrouvé concernant le message nutritionnel. En 2011 Faustine Regnier avait montré qu'il existait un gradient social dans la connaissance, réception et l'application des messages préventifs du PNNS (112).

Dans tous les cas, les raisons de ce manque de connaissances restent spéculatives, une étude qualitative auprès de patients serait très intéressante pour éclaircir les causes réelles de ce constat.

4.1.3.1.4 *Une limitation physique liée à une pathologie limite la pratique de l'AP*

Au cours des observations des consultations, les difficultés physiques liées à la présence d'une gêne fonctionnelle secondaire à des maladies chroniques sont les premières causes limitant la pratique de l'AP. Et au cours des entretiens les médecins évoquent les pathologies invalidantes comme frein à la pratique de l'AP.

Dans la littérature, ce frein était constamment retrouvé dans les études similaires à la nôtre (65,89,106,107). Ces résultats correspondent aux données épidémiologiques, dans le Baromètre de la pratique sportive de 2018, 25% des non pratiquants évoquaient des problèmes de santé comme raison de leur absence de pratique (87).

Cette limitation n'est pas spécifique aux patients précaires, mais étant donné l'existence d'un gradient social de la prévalence de certaines maladies chroniques (48,93), ce frein serait omniprésent dans les catégories sociales les plus modestes.

Dans cette même enquête du baromètre national du sport, chez les personnes non pratiquantes en mauvaise santé, l'envie de reprendre et pratiquer une activité sportive était conservée. Cette envie était égale, voire supérieure, à celle des personnes en bonne santé (87). Chez ces personnes désirant reprendre de l'AP malgré une situation clinique pathologique, l'APA prend tout son sens. Elle permet à un patient ayant une pathologie chronique stable de pouvoir reprendre une AP de manière progressive et en toute sécurité.

Les médecins interrogés rapportent également un manque de confiance de la part du patient dans leur capacité à réaliser une AP, estiment l'AP trop difficile et insurmontable. Ce manque de confiance peut être secondaire à leur état pathologique. Ce sentiment de manque de confiance était retrouvé dans l'enquête de Mélanie Le Ho. Une explication donnée dans cette étude était la peur du manque d'autonomie à réaliser l'activité et la peur de gêner les autres pratiquants. Cela aboutissait à un sentiment d'autoexclusion devant l'incapacité à réaliser normalement une activité (106). Ici encore l'APA à un intérêt afin de permettre aux patients atteints de pathologie chronique de retrouver une autonomie dans la pratique de l'AP et de reprendre confiance dans leurs capacités physiques.

4.1.3.1.5 *Les difficultés spécifiques aux femmes immigrées d'origine maghrébine*

Plusieurs médecins de notre étude ont évoqué certains freins spécifiques aux femmes immigrées d'origine maghrébine de leur patientèle. Pour ces médecins, la plupart de ces femmes ne travailleraient pas et seraient femmes au foyer. Les contraintes et les responsabilités familiales seraient un frein à la pratique d'une activité physique.

Ces affirmations sembleraient être en rapport avec certaines données épidémiologiques : tout d'abord, la proportion importante de femmes immigrées d'origine maghrébine dans les patientèles des médecins interrogés semble incontestable. Dans notre échantillon, 64,2% des patients consultant étaient des femmes, 27,6% des patients ayant consulté avaient pour langue maternelle l'arabe ou une langue berbère.

En 2011, les immigrés et descendants d'immigrés représentent plus de la moitié de la population vivant en ZUS en France Métropolitaine, et les immigrés d'origines maghrébine représentent 13,2% de la population des ZUS (113). Un rapport du système d'informations géographiques de l'INSEE et des allocations familiales de 2018, retrouve un taux de population d'origine étrangère vivant dans le quartier de la Mosson de 28,6% contre seulement 8 ou 9% sur l'ensemble de la ville de Montpellier (114). Dans un rapport de l'INSEE de 2011, sur les migrations résidentielles de l'agglomération de Montpellier, sur les 11300 personnes venant de l'étranger ou d'une collectivité d'outre-mer qui se sont installées dans l'agglomération de Montpellier entre 2001 et 2006, 44% venaient d'Afrique et dont près de la moitié venait du Maroc (115).

Concernant l'activité physique, les femmes pratiqueraient en général moins d'activité physique que les hommes. Les résultats du Baromètre national de la pratique sportive de 2018 montraient que 37 % des femmes se déclarent non-pratiquantes, contre 31 % des hommes (87).

Pour ce qui est de l'activité professionnelle, les données épidémiologiques suggèreraient que les femmes immigrées vivant dans un QPV sont effectivement plus souvent sans activité professionnelle que les non-immigrées. Les données de notre échantillon ne retrouvent que 36,4% des femmes ayant consulté étaient sans activité (50,9% chez les femmes précaires et 21,9% chez les femmes non précaires).

Le rapport de l'ONPV de 2011 confirme ces données avec 43,1% des femmes immigrées vivant en ZUS étaient inactives, contre 31% de l'ensemble des femmes vivant en ZUS (113).

Même si ces femmes vivant en QPV n'ont souvent pas d'activités professionnelles, elles ne disposent pas forcément de temps libre pour s'occuper de leur santé. En effet, leur temps est voué aux responsabilités familiales. Les médecins de notre étude évoquent ce frein chez leurs patientes, ils ont donc conscience de la difficulté à promouvoir l'AP dans cette population.

Cependant, dans certains quartiers, des solutions existent pour lever le frein des responsabilités familiales. Pour permettre aux femmes ayant de fortes contraintes familiales de réaliser de l'AP, une association propose dans le Quartier des Cévennes une garde d'enfant pendant que les femmes réalisent leurs activités, en l'occurrence la danse. Ici encore, le rôle des associations est primordial pour permettre aux patientes des QPV de réaliser des activités malgré les difficultés quotidiennes.

Un autre frein relevé par notre étude serait l'existence d'une barrière sexuée limitant la pratique de l'AP. En effet, certaines femmes ne pratiqueront pas d'AP ou ne s'inscriront pas dans des clubs ou associations sportives où elles pourraient être au contact d'hommes.

Une explication, d'ordre sociologique, pourrait être que certaines femmes, notamment celles issues de la première vague d'immigration, reproduisent les habitudes assimilées dans leurs pays d'origine. En effet, l'espace public dans les pays du Maghreb n'est pas organisé de la même façon qu'en France. Ces femmes issues de la première vague d'immigration sont majoritairement issues de familles et de milieux sociaux très conservateurs. Pour cette frange des sociétés maghrébines, l'espace socio-spatial est fragmenté, les hommes et femmes vivent dans des mondes parallèles et séparés. En arrivant en France, la plupart de ces femmes ont reproduit le modèle comportemental de leur pays d'origine, en conservant la division sexuée de l'espace public. C'est la raison pour laquelle ces femmes se sont approprié certains espaces de la ville, comme les jardins d'enfants, les associations de femmes, les écoles, alors que les hommes en ont investi d'autres, comme la rue, les cafés (103,116). L'existence de cette frontière informelle entre hommes et femmes peut donc freiner certaines femmes à aller sur le « territoire » des hommes, comme les stades, les salles de sport ou les gymnases.

Une autre explication plus simple pourrait être le manque de confiance en soi et l'existence de complexes physiques pouvant être retrouvé chez toutes les femmes. Plusieurs médecins de notre étude ont évoqué le manque de confiance en soi lié à un complexe physique telle l'obésité, ces freins pouvant être présent chez toutes les femmes, y compris chez les patientes maghrébines immigrées. Leurs réticences à côtoyer des personnes du sexe opposé pourraient venir d'une forme de complexes physiques et manque de confiance en soi, les patientes ne souhaitant pas affronter le regard d'autres.

Une des solutions évoquées était l'existence de groupes et de salles de sport dédiées aux femmes. Un des médecins s'interrogeait sur le bien-fondé de ces groupes non mixtes (M6 : *« donc il y a des choses qui sont en train de se mettre en place pour lutter un peu contre les freins liés au fait que c'était mixte et tout ça. Ça se discute, je ne sais pas si c'est bien ou pas bien, mais pour la santé globale des gens, peut-être c'est mieux. »*). Si d'un point de vue sociétal, l'existence de groupes sexués pourraient porter à débat, d'un point de vue médical ces groupes dédiés aux femmes pourraient être une solution au manque de confiance que peuvent avoir certaines d'entre elles et une opportunité pour améliorer la santé globale de femmes qui, n'avaient auparavant, pas accès à l'AP.

En somme, il semble que les médecins qui évoquent ces spécificités chez les femmes immigrées d'origine maghrébine ont conscience des difficultés et prennent en compte les singularités de celles-ci. Pour permettre aux femmes maghrébines de réaliser de l'AP malgré la présence de ces contraintes, un certain nombre de solutions existent. Cependant, aucune de ces solutions n'ont été mise en place par les médecins, mais par des acteurs associatifs. Les médecins jouent le rôle de coordinateur en orientant leurs patientes vers ces structures. Cela montre également que le médecin traitant à lui seul ne peut promouvoir l'AP dans ce type de population, et le frein à la promotion de l'AP ne pourra être levé uniquement si un tissu associatif efficace est déjà présent dans le quartier.

4.1.3.1.6 *Les difficultés rencontrées avec les communautés gitanes*

Certains médecins rapportent également des difficultés avec les patients issus de la communauté gitane.

Tout d'abord nous nous interrogeons sur le terme « gitan » utilisé par les médecins de notre étude. Même si les termes peuvent faire débat, le terme Gitan correspondait à un sous-groupe ethnique tzigane originaire du Sud de la France et de la péninsule Ibérique. Ce groupe serait à différencier d'autres groupes tziganes comme les Manouche/Sinté originaires du nord de l'Europe (Nord de la France, Belgique, Allemagne, etc...), ou des Roms originaires d'Europe de l'Est (117). Le terme Tzigane représente l'ensemble de ces populations établies dans divers pays du monde et ayant une culture et des origines communes dans le sous-continent indien (118).

Les communautés Tziganes de la ville de Montpellier sont donc principalement constituées de Gitans, originaires d'Andalousie ou de Catalogne, mais comptent également des Manouches et quelques Roms. Peu de chiffres officiels existent sur les communautés gitanes de Montpellier (étant donné que les statistiques ethniques ne sont pas réalisées en France). En 1997, une estimation attribuait dans la ville de Montpellier près de 3000 Tziganes sédentarisés, 1700 Gitans andalous, 600 Gitans catalans, 600 Manouches et quelques de Roms (119). Nous n'avons pas trouvé de chiffre plus récent dans la littérature.

S'il existe une très riche littérature dans le domaine de la sociologie ou de l'anthropologie ayant pour objet les populations tziganes, la littérature médicale en la matière est pauvre, voire inexistante.

Concernant l'AP, les freins rapportés par les médecins expliquant la sédentarité et l'inactivité physique importante des patients de la communauté tzigane/gitan ne sont finalement pas spécifiques à celles-ci. En effet, les freins évoqués peuvent être retrouvés chez les autres patients, à savoir le manque de connaissances en matière de santé et sur les bénéfices de l'AP, et la mauvaise réception des messages de prévention. Cependant, si ces difficultés ne sont pas spécifiques à ces communautés, certains médecins avancent qu'ils seraient exacerbés chez les patients gitans.

Un des médecins de notre étude expliquait que les patients des communautés gitanes ne consultaient que pour des problèmes aigus et qu'ils ne consulteront pas s'ils ne ressentent pas de gêne fonctionnelle. Ainsi toute tentative de faire de la médecine préventive serait infructueuse.

Un phénomène similaire peut être retrouvé dans un article de Farid Lamara de 2000, étudiant la place de la santé dans les communautés tziganes de différents pays. Les résultats montraient que la place de la santé dans les communautés tziganes était ambivalente. Bien qu'elle ait une place importante, la santé n'était pas prioritaire dans les préoccupations des Tziganes, cela est dû au fait qu'ils ont d'autres priorités comme ceux liées aux conditions de vie. Cependant, les préoccupations en matière de santé devenaient prioritaires lorsque le problème devient grave ou urgent, car celui-ci constitue un obstacle au bon déroulement de la vie future et devient un problème supplémentaire dans une situation globale déjà difficile (120).

Face à ces difficultés à réaliser des actes prévention, certains médecins éprouvent une forme de lassitude. La conséquence étant l'abandon pur et simple de toute démarche préventive auprès de ces communautés. Puisque les informations concernant la prévention ne sont pas prioritaires, les médecins ne réaliseront pas de promotion de l'AP.

Il nous semble difficile de proposer une solution adaptée à ce problème.

Seule la persévérance dans l'éducation thérapeutique pour permettre l'équité médicale entre chaque patient, quelle que soit sa communauté, nous paraît indispensable.

4.1.3.2 Freins liés au déroulement de la consultation

4.1.3.2.1 *Un manque de temps au cours des consultations, lié au nombre important de motifs de consultation*

Un frein largement cité par les médecins limitant la promotion de l'AP chez le patient précaire est le manque de temps au cours des consultations.

Ce frein est constamment cité dans les études portant sur les pratiques des médecins dans la prise en charge des patients précaires (72,121), ainsi que dans les études étudiant les freins à la promotion de l'AP (85,88,122). En 2011, une revue systématique de Hebert, incluant 19 études menées aux Etats-Unis, au Canada, en Europe et en Australie, retrouvait le manque de temps comme première barrière au conseil de l'AP en soins primaire (123).

Dans les résultats quantitatifs de notre étude, nous avons pu constater que le temps de consultation pour les patients précaires était similaire aux consultations des patients non précaires. Les durées moyennes de consultation étaient de 16 minutes et 55 secondes pour les patients non précaires et de 16 minutes et 23 secondes chez les patients précaires, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Dans la littérature, les durées moyennes de consultations retrouvées sont comparables à celles de nos résultats, elles variaient de 16 à 18 minutes. Dans l'étude ECOGENE, portant sur 20 781 consultations, la durée moyenne de consultation de l'ensemble de la population était 16 minutes et 42 secondes (124). Dans un rapport du DREES sur le temps de travail des médecins généralistes de 2012, ce temps est estimé à 18 minutes (125).

Ainsi, nous ne retrouvons pas de différence entre patient précaire et patient non précaire concernant la durée de consultation. Nous ne retrouvons pas non plus de différence majeure entre nos résultats et les données de la littérature. La durée de consultation moyenne de patient des QPV semble similaire à celle de patient de la population générale.

L'origine de ce manque de temps ressenti par les médecins de notre échantillon pourrait être dû au nombre élevé de motifs de consultation.

Dans notre enquête, le nombre de motifs de consultation était légèrement plus élevé dans le groupe précaire, mais cette différence n'était pas statistiquement significative. Nous retrouvons un nombre moyen de motif de consultation de 3,56 chez les patients précaires, contre 3,28 chez le patient non précaire.

Mais nos résultats montrent un nombre de plus important de motif de consultation (précaire ou non) que dans l'étude ECOGEN réalisée dans la population générale, ou ce nombre s'élevait à 2,65 (124). Ces résultats suggèreraient que le nombre de motif par consultation pourrait être plus élevé avec des patients de QPV qu'avec des patients de la population générale.

Nous nous posons alors la question de pourquoi le nombre moyen de motif par consultation serait plus élevé dans les chez les patients précaires et chez les habitants des QPV que dans la population générale.

Chez le patient précaire une explication possible pourrait être que l'état de santé global est moins bon que dans la population générale. En effet, la prévalence de certaines pathologies chroniques et des comorbidités augmentent dans les catégories sociales les plus basses (26,48,93,99,126). Dans une étude du DREES de 2018, évaluant la prise en charge globale des patients en situation de vulnérabilité, l'accumulation des problèmes de santé représentait la première difficulté rencontrée par les médecins généralistes au cours des consultations, suivie par le recours tardif aux soins (71). En conséquence, l'état de multimorbidité associé à un recours aux soins à des stades avancés des pathologies pourraient augmenter le nombre de motif à chaque consultation.

Une autre explication possible pourrait être l'état de santé « ressenti » par les individus, celui-ci pourrait être plus mauvais chez les patients précaires que chez le patient non précaire. De plus les patients précaires seraient plus souvent dans un état de grande anxiété (108,127). Dès lors, la situation de précarité du patient est responsable d'un stress chronique qui engendrerait cet état d'anxiété et de mauvaise santé perçue, et donc un plus grand nombre de motifs de consultation.

Mais indépendamment du statut précaire ou non précaire du patient, le fait d'habiter dans un quartier prioritaire pourrait à lui seul être responsable de cette mauvaise santé ressentie. Celle-ci pourrait être secondaire à une des conséquences de ce que l'on appelle « l'effet de voisinage » (ou effet quartier).

Cet effet voisinage est retrouvé dans une étude du l'IRDES de 2009, les résultats suggèrent que vivre dans un quartier où se cumulent les difficultés économiques et sociales augmente la probabilité de se déclarer en mauvaise santé, et ceci indépendamment des caractéristiques individuelles (128).

4.1.3.2.2 *Barrière de la langue comme frein à la promotion de l'AP*

Les barrières linguistiques pourraient représenter un frein majeur dans à la promotion de l'AP.

Comme nous l'avons vu ci-dessus, au cours des entretiens les médecins de nos études soulignaient les barrières linguistiques comme définition de la précarité. Celle-ci était responsable de difficultés de compréhension, responsable d'une impossibilité d'informer correctement les patients et de faire de l'éducation thérapeutique. Celles-ci limitent l'accès à l'information et ne permettent pas une prise en charge optimale du patient. Ainsi pour l'AP, ce manque de compréhension empêchait le patient de comprendre les bénéfices de l'AP sur la santé.

Ces résultats concordent avec la littérature. Les barrières linguistiques sont associées à une sous-utilisation des ressources en matière de promotion de la santé, de l'éducation de la santé et de médecine préventive. De plus, les patients avec une barrière linguistique consulteraient moins souvent leurs médecins, réaliseraient moins de bilan médical et réaliseraient moins les actes de prévention (129). De plus, les barrières linguistiques ne permettent pas une relation médecin-malade de qualité. Faces à ces difficultés les médecins généralistes peuvent se sentir démunis et isolés (130).

Plusieurs solutions existent pour outrepasser la barrière de la langue :

Tout d'abord Internet. Des sites internet de traduction (comme Google translate®) pourraient être une solution de secours simple afin de communiquer avec le patient.

Il existe également de plus en plus d'applications sur smartphone destiné aux médecins (tel Médiglotte®, Traducmed®...). Si ces dernières peuvent être une solution de dépannage intéressante, la plupart ne permettent pas une conversation intelligible et de qualité.

Ensuite, il existe des interprètes professionnels pouvant intervenir au cabinet ou par téléphone. Diverses structures d'interprétariats interviennent dans certaines régions, proposant des services d'interprétariat professionnel (131).

Le service proposé par la Région pays de la Loire semble intéressant. Celle-ci propose un service d'interprétariat gratuit, mis à disposition des médecins généralistes par L'Union régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire (URML). Ce service propose soit un interprétariat présentiel au cabinet pour les médecins des grandes agglomérations (Nantes, Angers), soit téléphonique pour les autres médecins de la région (132). Ce dispositif a été évalué par une thèse, les résultats montraient une grande satisfaction des médecins utilisant ce dispositif, avec une large utilisation de l'interprétariat téléphonique (133).

Ce type de dispositif semble être une solution intéressante pour améliorer la prise en charge des patients présentant une barrière linguistique et permettrait donc de lutter contre les inégalités sociales de santé. À notre connaissance, il n'existe pas de dispositif de ce type dans l'Hérault. Il serait intéressant de le développer.

4.1.4 Freins à la prescription d'APA chez les patients précaires

Notre étude confirme que l'APA est rarement, voire jamais prescrit chez le patient précaire par les médecins interrogés. Sa prescription n'a jamais été constatée au cours des observations de consultation.

Les freins à la prescription évoqués sont sensiblement les mêmes chez les médecins en prescrivaient que chez ceux n'en prescrivant jamais. Les deux principaux freins sont les difficultés financières et le manque de réseau d'APA.

4.1.4.1 Frein financier

L'absence de prise en charge financière constitue l'obstacle majeur à la prescription d'APA chez le patient précaire. Elle est le premier frein évoqué par la totalité des médecins de notre étude, prescripteur ou non.

Ce frein est constamment retrouvé dans les travaux sur le sujet (101,123,134–136). L'aspect financier semble être un véritable problème pour certains patients, dans la thèse de Benjamin Rucar, 57% des médecins déclaraient avoir déjà eu des patients qui ont refusé la prescription d'APA en raison du non-remboursement de celle-ci (101).

En effet, actuellement, le décret relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée de Mars 2016 ne prévoit aucun remboursement quel qu'il soit provenant de l'état (137). S'il existe bien des modalités de prise en charge possible au niveau local financées par certains acteurs territoriaux (138–140), au moment où nous écrivons ces lignes, il n'existe aucune aide financière prévue dans le cadre de l'APA au niveau national (137). Certaines mutuelles privées proposent également une prise en charge totale ou partielle de l'APA ; mais comme nous l'avons vu précédemment, les patients précaires ont souvent des ressources financières limitées et peuvent avoir des difficultés à souscrire à une complémentaire santé.

De ce fait, la situation actuelle ne permet pas aux populations les plus vulnérables d'avoir accès aux prestations d'APA, même chez les patients atteints d'une ALD. Cela constitue un exemple évident d'inégalité sociale de santé en entretenant les disparités sociales en matière de santé.

4.1.4.2 Manque de contact et réseau en matière d'APA

Les médecins signalent également un manque de contact avec des professionnels habilités à dispenser de l'APA et/ou d'absence de réseau d'APA facilement accessible.

Dans une étude de Herbert, le manque de relais où orienter les patients était également un des freins limitant les actions de prévention et notamment l'APA (123). Dans la thèse de Elodie Haray, l'APA était peu prescrite par les médecins interrogés, et une minorité d'entre eux savaient orienter convenablement leurs patients vers les structures adaptées(94). Dans la thèse de Elise Chevallier et Julie Bultez, les médecins décrivaient la nécessité d'avoir un réseau afin d'améliorer la prise en charge des patients concernant l'APA, car ceux-ci ne se sentaient pas capables et pas assez formés pour conseiller le patient (136).

L'amélioration de la connaissance par les médecins et de la mise en relation de ces médecins avec des professionnels d'APA par la mise en place de réseaux efficaces d'APA constitueraient les principaux objectifs pour améliorer la prescription d'APA.

4.1.4.3 Manque d'information et de formation

Les médecins rapportent un manque de connaissances sur le sujet et d'information dans les modalités de prescription de l'APA. De plus, nous constatons un manque de formation des médecins. Des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature (94,123,134,141).

Cependant, malgré ce manque de connaissances en matière d'APA, les médecins de notre étude ne semblent pas intéressés pour se former sur le sujet. En effet, dans notre enquête, malgré ce déficit de formation, seul un des médecins avait comme projet de se former à l'APA et deux autres sur l'AP en général.

Un des médecins avance l'explication qu'il n'avait pas le temps car il y aurait déjà trop de formation. Dans une enquête réalisée par Gérin, les médecins manquaient également de temps pour se former. Ils se restreignaient alors aux formations qui leurs semblaient les plus adaptées à leurs pratiques quotidiennes, dont l'AP ne faisait pas forcément partie. Pour pallier ce manque de temps, les médecins attendaient de la formation en matière d'AP qu'elle soit simple et concise, avec des informations claires sur la prise en charge des patients et les possibilités d'orientation vers des structures adaptées (88).

Compte tenu du désintérêt et/ou des difficultés à se former sur le sujet de la plupart des médecins de notre étude, il nous semble nécessaire d'adapter la formation initiale en matière d'APA afin qu'elle soit mieux intégrée au contenu des programmes des études médicales. Il nous semble également nécessaire d'améliorer la formation continue afin de rendre celle-ci plus attractive, moins chronophage et plus adaptée à la pratique quotidienne.

4.1.4.4 Autres freins à la prescription d'APA

Les médecins évoquent également les mêmes difficultés inhérentes aux patients que pour la promotion de l'AP cité précédemment, comme le manque de motivation du patient à réaliser de l'APA.

Dans la littérature, Marine Firmin retrouvait comme freins à la prescription d'APA le manque de motivation, le coût financier, et le manque de temps (134). Le manque de temps en consultation était également le principal obstacle à la prescription d'activité physique dans l'enquête réalisée par Gérin (88).

Dans différentes études sur le sujet (101,135), une réponse apportée par les médecins était la création d'une cotation spécifique ou d'une consultation dédiée à l'APA. Parmi les médecins de notre enquête, contrairement à ces études, aucuns n'en évoquaient le besoin. Dans l'enquête de Benjamin Rucar, 73% des médecins étaient favorables à la création d'une consultation spécifique avec une cotation spécifique (101). A noter une fois encore, que dans le décret (137), il n'est pas prévu ni de cotation spéciale du temps médical d'encadrement de ces APA, ni de remboursement de ces actes préventifs.

La création d'une consultation spécifique aurait pour intérêt de limiter certains freins, comme le manque de temps décrit par les médecins généralistes, en lui consacrant un temps de consultation dédiée. Cela permettrait aussi de diminuer le nombre de motifs de consultation et permettre au médecin de se focaliser pleinement à la promotion de l'AP et la prescription d'APA. Cela permettrait éventuellement d'envisager la réalisation d'entretiens motivationnels spécifiques. Enfin, cette cotation permettrait une valorisation de l'APA aux yeux du patient.

4.1.4.5 Réticence de certains médecins à la prescription d'APA :

Si les bénéfices de l'AP sur la santé sont largement admis, il subsiste quelques médecins pouvant avoir des réticences à prescrire de l'APA. Dans notre étude un des médecins a clairement exprimé son scepticisme en matière d'APA.

Dans la littérature, cette résistance à la prescription d'APA reste marginale. Dans l'étude de Benjamin Rucar, 4% médecins interrogés n'étaient pas convaincus des bénéfices de la prescription d'APA (101). Dans un sondage IFOP de 2015 sur les médecins généralistes et la prescription d'activité physique, si 82% des médecins interrogés adhéraient à l'autorisation donnée aux médecins généralistes de prescrire sur une ordonnance une activité physique, mais 14% trouvaient que c'était une « mauvaise idée », dont 7% une « très mauvaise idée » (142).

La formation et l'information en matière d'APA de ces médecins, notamment en rappelant les bénéfices de l'APA et sa place dans la prise en charge du patient, pourrait être la réponse possible à ce frein.

4.1.4.6 Le point de vue du patient

Un point qui n'a pas été exploré dans notre étude était le point de vue des patients précaires concernant l'APA.

Dans la littérature, très peu d'études ont exploré l'APA chez le patient précaire. Dans l'enquête de Marie-Eugénie Cottin-Euziol, l'APA avait un intérêt chez le patient précaire en améliorant la qualité de vie de celui-ci, elle permettrait également de créer du lien social entre les patients (143). Dans l'enquête d'Elise Bécu portant sur l'obésité et l'APA, mais qui ne portait pas spécifiquement sur le patient précaire, les patients avaient conscience que l'APA avait un intérêt dans la prise en charge thérapeutique de l'obésité et ils aimeraient être plus soutenus dans cette démarche par leur médecin généraliste (144).

Il serait alors intéressant de réaliser une nouvelle enquête en explorant spécifiquement le point de vue des patients précaires des QPV sur l'APA et non celui des médecins généralistes.

4.2 **Points forts et faibles de notre étude**

Pour considérer la portée des résultats présentés, il faut prendre en compte les principaux points forts et les limites à cette étude.

4.2.1 **Points forts**

Notre étude s'inscrit dans l'étude FETOMP, un projet collaboratif novateur entre les sciences sociales et la médecine générale, associant le DMG de Strasbourg et de Montpellier.

Pour ce travail, nous avons utilisé et analysé les données brutes issues de la base de données FETOMP, obtenue via une observation directe des consultations de médecine générale des QPV, puis nous avons réalisé des entretiens individuels auprès de médecins généralistes exerçant dans ces mêmes QPV. Le premier point fort de ce travail est ainsi son originalité, mêlant deux approches méthodologiques, à la fois observationnelle descriptive et qualitative.

Le recueil de données direct a permis de recueillir des données à la fois quantitatives et qualitatives. La méthodologie de recueil des données quantitatives de FETOMP est performante car codifiée via un recours systématique aux grilles de recueil ECOGEN et CISP-2, reconnue internationalement comme une référence de recherche pour l'étude des pratiques en médecine générale.

Dans le cadre du projet FETOMP, nous avons pu observer et recueillir les données de plus de 400 consultations de médecine générale sur 6 mois, permettant d'obtenir un échantillon représentatif de la population de patients de QPV.

L'observation directe des consultations était faite en « double aveugle » : ni le patient, ni le médecin ne connaissaient l'objectif final de notre projet, ce qui a permis une évaluation plus objective des pratiques médicales en QPV, en s'affranchissant d'un éventuel biais de désirabilité sociale (145).

Enfin, que ce soit au cours des observations des consultations lors du recueil FETOMP, mais également dans la réalisation des entretiens auprès des médecins généralistes, le statut de l'investigateur lui confère une position privilégiée. En effet, celui-ci est à la fois étudiant-chercheur, mais également médecin-confrère des sujets étudiés.

Au cours des observations, ce statut particulier lui confère un accès à cet espace confidentiel qui est le bureau de consultation, permettant d'obtenir des informations authentiques. Et lors des entretiens, ce statut permet de créer un climat de confiance entre les deux interlocuteurs, qui n'existerait peut-être pas avec un interrogateur non médical, permettant au sujet interrogé de s'exprimer pleinement, sans jugement.

4.2.2 **Points faibles**

Plusieurs catégories de biais sont à prendre en compte dans notre étude.

4.2.2.1 **Biais de sélection**

Tout d'abord, nous avons observé des biais de sélection multiples, que ce soit dans l'observation des consultations ou dans les entretiens de médecins généralistes.

4.2.2.1.1 *Représentativité des consultations observées*

Seuls 3 quartiers sur les 12 possibles ont fait l'objet d'observations de consultation. Ce biais provient du refus de nombreux médecins de participer à notre étude. Cependant notre observation a été réalisée au sein des deux QPV les plus densément peuplés : les quartiers de la Mosson et des Cévennes.

Pour expliquer cette sous-représentation, il faut souligner que dans trois QPV (Le, Masson, Celleneuve et Près-d'Arène), il n'y a aucun médecin généraliste installé dans le quartier, et que dans les 6 restants, un seul ou deux de médecins sont présents pour tout le quartier.

Les médecins participants n'étaient donc qu'au nombre de 11 et ne donnent qu'un aperçu ponctuel et instantané, ce d'autant plus que la répartition de consultations entre les 11 médecins s'est révélée très hétérogène. En effet, certains médecins étaient moins disponibles que d'autres, ou l'étaient uniquement sur des demi-journées. Les internes ont favorisé les médecins disponibles en journées entières, afin de limiter les déplacements et d'optimiser les journées de recueil de données. De plus, l'un des médecins du quartier de la Mosson effectuait quasiment toutes ses consultations en langue arabe, ce qui a pu freiner les internes, pour qui le travail de recueil était déjà assez conséquent, et qui n'ont probablement pas souhaité ajouter de la complexité à leur travail.

D'autre part, nous avons pu constater qu'au sein du quartier Aiguelongue, là où exerçaient trois des médecins recrutés, le taux de précarité semblait plus faible que dans tous les autres QPV. Cela pouvait être lié à la situation géographique du cabinet, qui se trouvait à la frontière entre la partie QPV et de la partie résidentielle aisée d'Aiguelongue.

4.2.2.1.2 *Représentativité des médecins interrogés*

Une des particularités de notre étude et principal biais de sélection de nos entretiens, c'est le recrutement exclusivement féminin des médecins ayant participé à notre étude. Cette donnée doit être prise en compte, elle n'est pas représentative de la démographie médicale exerçant à Montpellier et dans les QPV. Sur les 38 médecins sollicités afin de participer à notre étude, à priori 21 étaient des hommes et 16 étaient des femmes, il y a donc une majorité d'homme exerçant dans les différents QPV de Montpellier.

Le nombre de médecins interrogés dans notre étude est relativement faible. Ce faible échantillon est expliqué par le nombre très important de refus que nous avons essuyé. De plus, le nombre de médecins pouvant être inclus étant limité (médecin exerçant dans un QPV de Montpellier), nous n'avons pas pu étendre nos sollicitations à davantage de médecins. Le principal motif de refus était le manque de temps. Le second motif évoqué était le désintérêt pour le sujet de l'AP. En raison de ce faible nombre d'entretiens, nous n'avons pas pu être à saturation des données.

Les médecins ayant accepté de participer à notre étude sont ceux étant intéressé par les questions de précarité ou d'AP. Sur les 10 médecins interrogés, 4 étaient maitres de stage universitaire.

Les MSU peuvent avoir une pratique médicale qui diffère légèrement sur certains points de celle des médecins non MSU. C'est ce que suggèrent les résultats d'une étude de Laurent Lettrillard. En effet, les MSU ont une charge de travail plus importante que les médecins non MSU. Ils prescriraient plus de médicaments génériques, réaliseraient plus souvent les actes de prévention (comme les frottis cervico-vaginaux et les mammographies) et seraient plus performants sur le suivi du diabète (146).

De plus, ces médecins recevant des internes en niveau 1 ou en SASPAS sont probablement plus impliqués dans la vie universitaire et donc seraient plus enclins à participer aux thèses des futurs médecins.

4.2.2.2 Biais de recueil des données de consultations

Lors du recueil des données des consultations, il a existé un biais d'évaluation inter-individuel entre chaque interne, chaque interne ne retranscrivait pas exactement les données comme les autres, et ceci bien que chaque interne ait reçu une journée de formation à la méthodologie de l'étude par le Dr Léa Charton de Strasbourg.

D'autre part, Il y a un nombre important de données manquantes concernant les observations de consultation. Cela est dû au refus de certains patients d'être observé ou enregistré.

Il est également nécessaire de prendre en compte le fait que certains patients précaires renoncent à des soins médicaux coûteux, et ne consultent pas (147). Ce constat conforte l'idée qu'une partie des patients les plus précaires ne sont pas représentés dans cette étude.

4.2.2.3 L'expérience de l'investigateur

Comme dans beaucoup de thèse de médecine générale touchant au domaine de la sociologie, l'investigateur n'avait pas d'expérience dans la réalisation d'une étude qualitative. L'investigateur n'ayant reçu aucune formation spécifique à la méthode qualitative, la formation s'étant réalisée sur le terrain et par la littérature. De ce fait, celui-ci a éprouvé certaines difficultés, tout d'abord pour mener les entretiens semi-dirigés de façon optimale, et pour réaliser l'analyse les données recueillies.

4.2.2.4 Biais d'interprétation des données qualitatives

Un biais d'interprétation a pu être présent compte tenu que notre analyse s'est reposée sur l'interprétation d'un unique analyseur (qui était le même que l'investigateur). Il aurait été judicieux de recouper l'analyse avec un deuxième analyseur afin de renforcer les résultats trouvés.

5. CONCLUSION

Ce travail de thèse, permet de mieux comprendre les pratiques en matière d'AP des médecins généralistes exerçant dans les QPV de Montpellier auprès des populations précaires.

Grâce à ses bénéfices incontestables sur la santé, l'AP fait partie intégrante de la prise en charge des maladies chroniques qui sont le quotidien du médecin généraliste. Compte tenu de la prévalence accrue de ces pathologies dans les populations les plus défavorisées, l'intégration de l'AP dans leurs traitements permet de lutter contre les inégalités sociales de santé.

Malheureusement, les résultats de notre étude confirment l'existence d'un gradient social en matière de promotion d'AP en défaveur des patients les plus précaires. Les médecins des QPV promouvant moins souvent l'AP avec les patients précaires qu'avec les patients non précaires.

Notre étude met en lumière plusieurs difficultés dans la prise en charge des patients précaires. Tout d'abord, les médecins exerçant en QPV se heurtent au manque de temps relatif de consultation, lié au nombre plus important de motif de consultation par patient. Ce nombre de motifs de consultation supérieur pourrait être lié à « l'effet quartier », responsable d'un état de santé ressenti des patients plus mauvais chez les patients des QPV que dans la population générale.

Ensuite, l'aspect financier apparaît comme le frein principal et récurrent limitant la promotion de l'AP par les médecins interrogés, et la pratique de l'AP par les patients précaires. Concernant l'APA, notre étude montre qu'elle est rarement prescrite chez le patient précaire, cela est dû aux difficultés financières des patients et au fait que l'APA ne bénéficie pas d'une prise en charge partielle ou totale par la sécurité sociale.

Notre travail montre que la plupart des médecins généralistes des QPV prennent en compte le statut social de leur patient dans leurs pratiques, adaptent leur prise en charge en matière d'AP en fonction du patient. Cependant, un phénomène d'autocensure a été rapporté par certains médecins. En effet, par peur d'être en décalage avec les préoccupations de leur patient, certains médecins n'aborderont pas l'AP avec les patients précaires.

Ces médecins ont bien conscience que pour les patients les plus précaires, devant l'urgence de leurs problèmes sociaux quotidiens, la médecine préventive promettant des bénéfices sur la santé à long terme ne peut pas trouver sa place dans un quotidien rythmé par des préoccupations immédiates.

Ces différents constats montrent à quel point la pratique de la médecine préventive et la promotion de l'AP sont difficiles dans les QPV, et particulièrement auprès des patients les plus précaires. Au vu de nos résultats, quelques pistes d'amélioration permettraient de renforcer la promotion de l'AP chez les patients précaires des QPV et la lutte contre les inégalités sociales de santé :

Plusieurs solutions simples existent au cours des consultations pour améliorer la promotion de l'AP, comme par exemple le développement des entretiens motivationnels, de l'interprétariat (notamment téléphonique), ou de développer des réseaux avec les professionnels d'APA.

L'amélioration de la formation des médecins généralistes, en matière d'AP, mais surtout en matière de précarité, est une nécessité. Il nous semble indispensable de renforcer la prise de conscience du problème des inégalités sociales de santé par les professionnels de santé, par une meilleure appréhension des déterminants sociaux et territoriaux entrant en jeu dans la prise en charge des patients précaires.

Compte tenu de la complexité de ces différents déterminants de santé entrant en jeu dans la prise en charge globale du patient dans ces quartiers, le médecin généraliste ne peut pas être le seul acteur du dispositif sanitaire permettant de lutter contre les inégalités sociales de santé dans les QPV. Notre étude a montré la place prépondérante qu'occupent les associations de quartier dans le quotidien des patients des QPV. La coordination entre le médecin et ces associations est fondamentale pour répondre à la problématique sociale des quartiers.

Enfin, il faudra une volonté politique forte pour répondre aux enjeux sanitaires et sociaux sous-tendant les inégalités sociales de santé dans les QPV. Ainsi le renforcement de la politique de la ville afin d'améliorer la situation sociale et sanitaire des quartiers est une nécessité. Une première étape pourrait prévoir de rembourser l'APA pour tous les patients, qui permettrait de favoriser l'accès à l'APA à chacun et ainsi assurer l'équité des soins entre tous les patients.

6. Bibliographie :

1. OMS | Activité physique [Internet]. WHO. Disponible sur: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
2. Duclos PM. Sport, santé, activité physique, sédentarité : de quoi parle-t-on ? [Internet]. sports.gouv.fr. 2015. Disponible sur: <http://sports.gouv.fr/accueil-du-site/zoom-sur/article/Sport-sante-activite-physique-sedentarite-de-quoi-parle-t-on>
3. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 déc 30, 2016.
4. Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante
5. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 21 juill 2012;380(9838):219-29.
6. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol*. sept 2017;32(5):541-56.
7. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Expertise collective. Activité physique contextes et effets sur la santé. Paris INSERM; 2008.pdf.
8. Pai L-W, Li T-C, Hwu Y-J, Chang S-C, Chen L-L, Chang P-Y. The effectiveness of regular leisure-time physical activities on long-term glycemic control in people with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract*. mars 2016;113:77-85.
9. Huffman KM, Hawk VH, Henes ST, Ocampo CI, Orenduff MC, Slentz CA, et al. Exercise effects on lipids in persons with varying dietary patterns—does diet matter if they exercise? Responses in Studies of a Targeted Risk Reduction Intervention through Defined Exercise I. *American Heart Journal*. juill 2012;164(1):117-24.
10. Cornelissen VA, Smart NA. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc*. 1 févr 2013;2(1):e004473.
11. Rossi A, Dikareva A, Bacon SL, Daskalopoulou SS. The impact of physical activity on mortality in patients with high blood pressure: a systematic review. *J Hypertens*. juill 2012;30(7):1277-88.
12. O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, Keteyian SJ, Cooper LS, Ellis SJ, et al. Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *JAMA*. 8 avr 2009;301(14):1439-50.
13. Long L, Mordi IR, Bridges C, Sagar VA, Davies EJ, Coats AJ, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2019 [cité 22 août 2019];(1). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003331.pub5/full?highlightAbstract=rehabilit%7Cbas>

ed%7Crehabilitation%7Cexercis%7Cfailure%7Cfour%7Cfor%7Cwithdrawn%7Cexercice%7Cfailur%7Cheart%7Cbase

14. Hernández-Molina G, Reichenbach S, Zhang B, Lavalley M, Felson DT. Effect of therapeutic exercise for hip osteoarthritis pain: results of a meta-analysis. *Arthritis Rheum.* 15 sept 2008;59(9):1221-8.
15. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Esch MV der, Simic M, Bennell KL. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2015 [cité 22 août 2019];(1). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004376.pub3/full?highlightAbstract=the%7Cknee%7Cexercis%7Cfour%7Ccosteoarthritis%7Cof%7Cfor%7Cwithdrawn%7Ccosteoarthr%7Cexercice>
16. Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie.2015.pdf [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/2015-plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf
17. Plan cancer 2014-2019, 2014. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.pdf.
18. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer, des connaissances scientifiques aux repères pratiques - Synthèse.2017.pdf.
19. US Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. 2018;779.
20. Rapport d'orientation, H. A. S. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
21. Harmon KG, Asif IM, Maleszewski JJ, Owens DS, Prutkin JM, Salerno JC, et al. Incidence, Cause, and Comparative Frequency of Sudden Cardiac Death in National Collegiate Athletic Association Athletes: A Decade in Review. *Circulation.* 7 juill 2015;132(1):10-9.
22. Marijon E, Tafflet M, Celermajer DS, Dumas F, Perier M-C, Mustafic H, et al. Sports-related sudden death in the general population. *Circulation.* 9 août 2011;124(6):672-81.
23. Ferguson B. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription 9th Ed. 2014. *J Can Chiropr Assoc.* sept 2014;58(3):328.
24. Avis de l'Anses Rapport d'expertise collective. Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). 2017.
25. Résultats de l'étude ESTEBAN 2014-2015 [Internet]. Disponible sur: </determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/les-resultats-de-l-etude-esteban-2014-2015>
26. Stringhini S, Dugravot A, Shipley M, Goldberg M, Zins M, Kivimäki M, et al. Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL prospective cohorts. *PLoS Med.* févr 2011;8(2):e1000419.
27. HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 nov [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
28. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. OMS; 2010.

29. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. World Health Organization; 2019. [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
30. STRATÉGIE NATIONALE SPORT SANTÉ 2019-2024.
31. pnns4_2019-2023.pdf.
32. Haute Autorité de Santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé. HAS; 2019.pdf.
33. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. Le Rapport 2000 - Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale [Internet]. 2000. Disponible sur: <http://www.onpes.gouv.fr/le-rapport-2000.html>
34. INSEE. Définition - Pauvreté monétaire / Seuil de pauvreté / Seuil de pauvreté | Insee [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653>
35. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Définitions de la pauvreté - Le site du CNLE [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.cnle.gouv.fr/Definitions-de-la-pauvrete.html>
36. INSEE. Estimation avancée du taux de pauvreté et des indicateurs d'inégalités - Résultats expérimentaux pour 2016 [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3137028>
37. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=34455,5689102,838418,404911&c=indicator&i=filosofi.tp60&s=2016&selcodgeo=34&view=map2>
38. Wresinski J. AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL - GRANDE PAUVRETÉ et PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE et SOCIALE [Internet]. Joseph Wresinski FR. 1987 [cité 2 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>
39. Townsend P. Deprivation*. Journal of Social Policy. avr 1987;16(2):125-46.
40. France, éditeur. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Editions ENSP; 1998. 349 p. (Collection Avis et rapports).
41. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012.
42. INSEE. Espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle et diplôme en 2013 | Insee [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383438#tableau-Tableau2>
43. PUBLIQUE FRANCE, Santé (ed.). L'état de santé de la population en France: rapport 2017. 2017.
44. CMGE. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/spip.php?article254>
45. Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The Social Determinants of Chronic Disease. American Journal of Preventive Medicine. janv 2017;52(1):S5-12.

46. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes: Public Health Reports [Internet]. 1 janv 2014 [cité 3 nov 2019]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/003335491412915206>
47. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France - Rapport 2015. DREES; 2015.
48. ObÉpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. Paris: Inserm/Kantar Health/Roche; 2012 p. 59. Disponible sur: http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
49. OMS. OMS | Constitution de l'OMS: ses principes [Internet]. WHO. 1946 [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/mission/fr/>
50. OMS. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. 1986;6.
51. OMS. OMS | Déterminants sociaux de la santé [Internet]. WHO. 2008 [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/social_determinants/fr/
52. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies. [Internet]. 2010 [cité 26 août 2019]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
53. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. 2012;8.
54. DGOS_Michel.C. Parcours de santé, de soins et de vie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
55. Parcours de soins coordonnés et médecin traitant [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
56. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Sante Publique. 1 déc 2008;Vol. 20(5):489-500.
57. Birouste G, Visier L, Zoïa G. Santé et territoire : métropolisation du territoire et relégation des quartiers. ADSP. juin 2017;(99).
58. observatoire-ZUS-rapport-2006-synthese. ONZUS; 2006 [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/observatoire-ZUS-rapport-2006-synthese_cle558f71.pdf
59. Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2011. Paris: Assemblée nationale; 2011.
60. Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains. 2014-1750 déc 30, 2014.
61. Profil Santé - Quartiers prioritaires de la politique de la Ville. QPV_34_MONTPELLIER; 2016.
62. Bloy G, Moussard Philippon L, Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. Santé Publique. 2016;S1(HS):153.
63. Bloy G, Moussard Philippon L, Rigal L. Inégalités sociales et soins préventifs : le cas du conseil en activité physique délivré par les généralistes. Santé Publique. 2018;S2(HS2):81.

64. Vonarx F-X. « Sport sur ordonnance »: freins et leviers à son application sur la communauté urbaine d'Arras [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
65. Bily F. Prescription d'activité physique chez des patients atteints de facteurs de risque cardiovasculaire: enquête qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016.
66. Chevallier E, Bultez J. Ressenti des médecins traitants de Rhône-Alpes concernant la prescription d'activité physique adaptée chez leurs patients [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
67. Perwez T, Krim F. Prescription de l'activité physique en médecine générale: point de vue des médecins généralistes en Picardie. France; 2019.
68. Le Hô M. Etat des lieux, freins et besoins en activités physiques chez les sujets en situation de précarité [Thèse d'exercice]. [France]: Sorbonne Université (Paris). Faculté de médecine; 2018.
69. Martineau S. Propos sur le monde: Analyse thématique en recherche qualitative [Internet]. Propos sur le monde. 2019. Disponible sur: <http://proposurlemonde.blogspot.com/2019/07/analyse-thematique-en-recherche.html>
70. Analyse des résultats (6) - LEPCAM [Internet]. Disponible sur: <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>
71. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/prise-en-charge-des-patients-en-situation-de-vulnerabilite-sociale-opinions-et>
72. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Santé Publique. 2015;27(5):679.
73. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale du patient dans le dossier de médecine générale ? [Internet]. CMG. 2018 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/pourquoi-et-comment-enregistrer-la-situation-sociale-du-patient-dans-le-dossier-de-medecine-generale/>
74. Ernts-Toulouse C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale. 2014.
75. Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. Biometrics. 1977;33(1):159-74.
76. Mazalovic K, Zabawa C, Roux-Levy P-H, Gaimard M. Le repérage des patients en situation de précarité par les médecins généralistes. Populations vulnérables [Internet]. mars 2019 [cité 23 mai 2020];(5). Disponible sur: <https://hal-univ-bourgogne.archives-ouvertes.fr/hal-02064893>
77. Casanova L, Ringa V, Chatelard S, Paquet S, Pendola-Luchel I, Panjo H, et al. Level of agreement between physician and patient assessment of non-medical health factors. Family Practice. 23 juill 2018;35(4):488-94.
78. Tekaya, Elodie. Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes. 2019.
79. IRDES. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Les visites - IRDES [Internet]. 2013. Disponible sur:

<https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/Visites.htm>

80. Visite longue du médecin traitant : MG France demande l'élargissement du périmètre (Communiqué) – Toute La Veille des acteurs de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/94526/visite-longue-du-medecin-traitant-mg-france-demande-lelargissement-du-perimetre-communique/>
81. Beenackers MA, Kamphuis CB, Giskes K, Brug J, Kunst AE, Burdorf A, et al. Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among European adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 19 sept 2012;9(1):116.
82. Omorou AY, Coste J, Escalon H, Vuillemin A. Patterns of physical activity and sedentary behaviour in the general population in France: cluster analysis with personal and socioeconomic correlates. *J Public Health (Oxf)*. 17 sept 2016;38(3):483-92.
83. A systematic review of the relationship between socio-economic position and physical activity - Christopher Gidlow, Lynne Halley Johnston, Diane Crone, Naomi Ellis, David James, 2006 [Internet]. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0017896906069378>
84. Faure A. PRESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LES ADULTES EN SURPOIDS : ANALYSE DES FREINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE. 2011.
85. Marcacci A. CONSEIL ET PRESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE AU CABINET MÉDICAL. :41.
86. outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
87. Baromètre national des pratiques sportives 2018. INJEP_rapport.2019.pdf [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/89917/1/INJEP_rapport_01_2019.pdf
88. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *Science & Sports*. 1 avr 2015;30(2):66-73.
89. Quentin B. Les pratiques de médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé face à la sédentarité de leurs patients à risque cardiovasculaire. :59.
90. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. :779.
91. Fosse, S., & Fagot-Campagna, A. (2002). Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine. *Enquête décennale santé*, 2003.
92. Kreamsoulas C, Anand SS. The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Can J Cardiol*. sept 2010;26 Suppl C:8C-13C.
93. Havranek EP, Mujahid MS, Barr DA, Blair IV, Cohen MS, Cruz-Flores S, et al. Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 1 sept 2015;132(9):873-98.

94. Haray E. Évaluation de la lutte contre la sédentarité en médecine générale : étude descriptive transversale des pratiques des médecins généralistes de la Seine-Maritime et de l'Eure. 2019.
95. Vallée É, Vastel É, Piquet M-A, Savey V. Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance. //www.em-premium.com/data/revues/09850562/v31i3/S0985056217301711/ [Internet]. 6 sept 2017 [cité 3 mai 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezpum.biu-montpellier.fr/article/1139104/resultatrecherche/4>
96. Riquier P-A. Une intervention brève par le médecin généraliste permet-elle une augmentation de l'activité physique des patients? :109.
97. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. mai 2003;96(5):219-22.
98. Roland M, Dixon M. Randomized controlled trial of an educational booklet for patients presenting with back pain in general practice. J R Coll Gen Pract. juin 1989;39(323):244-6.
99. Watkins CJ, Papacosta AO, Chinn S, Martin J. A randomized controlled trial of an information booklet for hypertensive patients in general practice. J R Coll Gen Pract. déc 1987;37(305):548-50.
100. Venouil L. Activité physique et lombalgie: intérêt d'une information ciblée lors d'une consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
101. Rucar B. Sport santé sur ordonnance: analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en ALD chez des médecins généralistes ayant réalisés une formation à cette prescription [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2018.
102. Coulangeon P. Les loisirs des populations issues de l'immigration, miroir de l'intégration. Revue française des affaires sociales. 2007;(2):83-111.
103. Nigaud K, Ripoll F. Femmes maghrébines dans la ville : Insertion sociale et appropriation de l'espace public. Deux facettes de l'émancipation féminine ? In: Denèfle S, éditeur. Femmes et villes [Internet]. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2013 [cité 9 mars 2020]. p. 489-99. (Perspectives Villes et Territoires). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pufr/419>
104. Danneau B. Les personnes sans abri et le football : entre pratique sportive et accompagnement social. Informations sociales. 4 juill 2014;n° 182(2):134-40.
105. Audras-Marcy S, Ghéno M. Accessibilité à pied aux équipements sportifs : 2018;6.
106. Le Hô, Mélanie M. Etat des lieux, freins et besoins en activités physiques chez les sujets en situation de précarité. 2018.
107. Scoatariu-Thiébaud N. Activité Physique sur ordonnance: à propos d'une enquête auprès de patients, tout venant, consultant leur médecin généraliste en Lorraine. :120.
108. Pierre S. Santé mentale et déterminants sociaux. L'Encéphale. 1 janv 2010;36(3, Supplément 1):27-32.
109. France, Direction générale de la santé, Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), Centre d'expertise collective. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Paris: INSERM, Instituts thématiques; 2014.
110. Le coût du sport est-il un frein à la pratique.RapportDRJSCS.2015.pdf.

111. Jégou A. État des lieux de la connaissance de patients consultant en médecine générale, en matière d'activité physique, de sédentarité et de leurs effets sur la santé. 2015.
112. Regnier F. La perception des messages de santé par les populations défavorisées. Cahiers de Nutrition et de Diététique. 1 sept 2011;46(4):206-12.
113. ONZUS_Situation socio-économique des immigrés, intégration et discriminations.2011.
114. Quartier Prioritaire Mosson - Quartier prioritaire de la politique de la ville de la commune: Montpellier - SIG Politique de la Ville [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://sig.ville.gouv.fr/Territoire/QP034005>
115. Les migrations résidentielles de Montpellier Agglomération. 2011;6.
116. Nigaud K. Appropriation de l'espace public 4. 2004;4.
117. Gitans (groupe ethnique). In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Gitans_\(groupe_ethnique\)&oldid=170995293](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Gitans_(groupe_ethnique)&oldid=170995293)
118. Missaoui L. Les réseaux familiaux transnationaux supports aux initiatives en matière de santé chez les Gitans catalans. lsp. 2010;(64):163-73.
119. Tarrius A, Missaoui L. Gitans de Barcelone à Perpignan : crise et frontières. Revue Européenne des Migrations Internationales. 1997;13(3):99-119.
120. Lamara F, Aïach P. La place de la santé et des soins chez des Tsiganes migrants. Hommes & Migrations. 2000;1225(1):117-21.
121. Ben Hammou K. Le patient précaire au cabinet de médecine générale : Le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires. 2014.
122. Bily F. Prescription d'activité physique chez des patients atteints de facteurs de risque cardiovasculaire: enquête qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes. :109.
123. Hébert ET, Caughy MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. Br J Sports Med. juill 2012;46(9):625-31.
124. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Vo l u m e . :10.
125. Jakubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. :8.
126. SPF. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine. Enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004 [Internet]. [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/diabete/prevalence-du-diabete-et-recours-aux-soins-en-fonction-du-niveau-socio-economique-et-du-pays-d-origine-en-france-metropolitaine.-enquete-decennale
127. Royer B, Gusto G, Vol S, Arondel D, Tichet J, Lantieri O. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'exams de santé. Pratiques et Organisation des Soins. 2010;Vol. 41(4):313-21.
128. Allonier et al. - 2009 - Contexte géographique et état de santé de la popul.pdf.
129. Bowen S. Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. :51.

130. Beelur A. Le médecin généraliste et la barrière linguistique: enquête qualitative exploratoire d'analyse de pratiques auprès de 10 généralistes girondins [Thèse d'exercice]. [1971-2013, France]: Université Bordeaux-II; 2011.
131. Haute Autorité de santé. 2017;57.
132. Interprétariat professionnel [Internet]. URPS. 2017 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <http://urml-paysdelaloire.org/nos-services/interpretariat/>
133. Soumana Ali, Maéva, Albert, François (1992-....). Auteur, Ducroz, Marine. Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine générale ambulatoire, dans les Pays de la Loire de juillet 2017 à février 2018. 2018.
134. Firmin, Marine. Sport sur ordonnance en Ile-de-France : freins à la prescription des médecins traitants franciliens, et pistes d'amélioration. 2018.
135. Anis J. Analyse des freins à la prescription des activités physiques chez les médecins généralistes picards. 2015.
136. Chevallier E, Bultez J. Ressenti des médecins traitants de Rhône-Alpes concernant la prescription d'activité physique adaptée chez leurs patients. 9 oct 2017;186.
137. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 déc 30, 2016.
138. Sport santé sur ordonnance à Strasbourg [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>
139. PRESCRI'FORME : l'activité physique sur ordonnance en Île-de-France [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/prescriforme-lactivite-physique-sur-ordonnance-en-ile-de-france>
140. Dossier-de-Presse-AP-sur-ordonnance.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <http://oris-nouvelle-aquitaine.org/wp-content/uploads/2015/09/Dossier-de-Presse-AP-sur-ordonnance.pdf>
141. Ryckembusch A. La prescription d'activité physique adaptée pour les patients en Affection Longue Durée : qu'en pensent les médecins généralistes ? 2018.
142. Kraus F, Mercier T. Les médecins généralistes et la prescription d'activités physiques. :23.
143. Cottin-Euziol M-E. Étude du ressenti de la qualité de vie des sujets en situation de précarité pratiquant une activité physique adaptée régulière [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2018.
144. Becu E. Vécu des patients obèses concernant l'activité physique adaptée. 2018.
145. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information.Fiche62.CEDIP.2014 [Internet]. [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
146. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, Kellou N, Paumier F, Bois C, et al. Comparison of French training and non-training general practices: a cross-sectional study. BMC Medical Education. 27 avr 2016;16(1):126.

147. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016 : Les inégalités sociales de santé.DREES.2016 [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf

7. Annexes :

Annexe 1 : Les principaux bénéfices de l'AP

Les bénéfices de l'AP pour la santé	
Les variables de santé	Les effets de l'AP
Toutes causes de mortalité	Diminution du risque, avec relation dose-réponse
Pathologies cardiométaboliques	Diminution de l'incidence et de la mortalité des pathologies cardio-vasculaires (dont les maladies coronariennes et les AVC), avec relation dose-réponse
Prévention des cancers	Diminution de l'incidence du cancer pour : - le cancer du sein, avec relation dose-réponse - le cancer du côlon, avec relation dose-réponse - le cancer de l'endomètre, avec relation dose-réponse - l'adénocarcinome de l'œsophage - le cancer du poumon (discuté).
Santé mentale	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la qualité de vie Amélioration du sommeil Réduction des signes d'anxiété et de dépression chez les personnes en bonne santé Réduction du risque de démence Réduction du risque de dépression
Statut pondéral	Réduction du risque de prise de poids excessive Prévention de la reprise de poids après un amaigrissement initial Limitation de la perte de masse musculaire lors d'une perte de poids Effet additif sur la perte de poids possible quand elle est combinée à une restriction alimentaire modérée (effet faible) Réduction de l'obésité abdominale
Chez le sujet âgé	
Chutes	Réduction du risque de chutes Réduction du risque de chutes avec une lésion sévère
États cognitif et fonctionnel	Amélioration des capacités fonctionnelles et de l'autonomie Amélioration de la qualité de vie Réduction des symptômes d'anxiété et de dépression Diminution du risque de démence.
Chez la femme enceinte et en post-partum	

Durant la grossesse	Réduction du risque de prise de poids excessif Réduction du risque de diabète gestationnel (Pas de risque pour le fœtus avec une AP d'intensité modérée)
Durant le post-partum	Réduction du risque de dépression du post-partum
Individus avec une pathologie préexistante	
Cancer du sein	Réduction de la mortalité toutes causes confondues, avec relation dose-réponse Réduction de la mortalité par cancer du sein, avec relation dose-réponse Réduction de la récurrence du cancer du sein (21) Réduction de la fatigue, amélioration de la tolérance aux traitements et de la qualité de vie (21)
Cancer colorectal	Réduction de la mortalité toutes causes confondues, avec relation dose-réponse Réduction de la mortalité par cancer colorectal, avec relation dose-réponse Réduction de la récurrence du cancer du colorectal (21) Réduction de la fatigue, amélioration de la tolérance aux traitements et de la qualité de vie (21)
Cancer de la prostate (non métastatique)	Réduction de la mortalité toutes causes confondues (21) Réduction de la mortalité par cancer de la prostate Réduction de la récurrence du cancer de la prostate (21) Réduction de la fatigue, amélioration de la tolérance aux traitements et de la qualité de vie (21) (Réduction de la sarcopénie, chez les patients avec un cancer métastatisé sous blocage androgénique)
Arthrose (de la hanche et du genou)	Diminution de la douleur Amélioration fonctionnelle Amélioration de la qualité de vie
Fracture récente de la hanche	Amélioration de la marche, de l'équilibre et des activités de la vie quotidienne
Hypertension artérielle	Réduction du risque de progression de la maladie cardio-vasculaire Réduction du risque d'augmentation de la pression artérielle avec le temps
Diabète de type 2	Réduction du risque de mortalité toutes causes confondues, en population générale, incluant les DT2 (20) Réduction du risque de mortalité cardio-vasculaire Amélioration des marqueurs de progression de la maladie : HbA1C, pression artérielle et du profil lipidique Réduction du périmètre abdominal, limitation de la perte de masse musculaire
Pathologies respiratoires chroniques (22)	Amélioration des capacités d'exercice et de la qualité de vie Amélioration de la dyspnée et de la tolérance à l'effort

	Diminution de l'anxiété et de la peur d'augmenter son niveau d'AP Meilleur contrôle des symptômes de la BPCO et de l'asthme (Pas de changement de la fonction pulmonaire chez l'adulte)
Sclérose en plaque	Amélioration de la marche, de la force musculaire et de la condition physique
Lésion de la moelle épinière	Amélioration de la marche, des capacités en fauteuil roulant
Maladie de parkinson	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la marche, de la force musculaire et de l'équilibre
AVC	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la marche
Dépression et pathologie anxieuse	Réduction des signes d'anxiété et de dépression chez les patients avec une pathologie anxieuse ou une dépression clinique (18), avec relation dose-réponse (20)
Démence	Amélioration des fonctions cognitive
Schizophrénie	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la qualité de vie
Troubles de l'hyperactivité, déficit de l'attention	Amélioration des fonctions cognitives

Source : Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé - chez les adultes. HAS 2019

Annexe 2 : Bénéfice de la réduction de la sédentarité

Variables de santé	Effets d'une réduction du temps passé à des activités sédentaires
Le risque de mortalité	Réduction de la mortalité toutes causes confondues, avec relation dose-réponse Réduction de la mortalité cardio-vasculaire, avec relation dose-réponse Preuves limitées entre temps de sédentarité et mortalité par cancer
Les risques de maladies chroniques	Réduction du risque de diabète de type 2, avec relation dose-réponse Réduction du risque de maladies cardio-vasculaires, avec relation dose-réponse Réduction du risque de cancer de l'endomètre
Le statut pondéral	La relation entre la sédentarité et le pourcentage de masse grasse (et les indicateurs de poids associés, IMC et tour de taille) n'est pas clairement établie

Source : Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé - chez les adultes. HAS 2019

Annexe 3 : Score EPICE

Questions	Coefficients
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83
Vivez-vous en couple ?	-8,28
Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51
Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10
Constante	75,14

Annexe 4 : Grille de recueil ECOGEN

Code consultation : code IMG (A, B...), code MG (A, B...) jj mm n° consultation (exemple : AB101201) : _____

Date consultation _ / _ / 20_ _		Consultation Cabinet <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/>		Patient Nouveau <input type="checkbox"/> Connu <input type="checkbox"/>		Année de naissance _ _ _ _		Genre Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>		Etudiant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Statut Invalidité <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> Non affilié SS <input type="checkbox"/>		Profession Agriculteur <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Employé ¹ <input type="checkbox"/> Ouvrier ² <input type="checkbox"/> Cadre sup., profession intellectuelle ³ <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire ⁴ <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/>									
		Langue Parle français couramment <input type="checkbox"/> Parle un français approximatif <input type="checkbox"/> Ne parle pas français <input type="checkbox"/> Le médecin parle la même langue que le patient non francophone <input type="checkbox"/> Le médecin et le patient parlent une langue commune qui n'est pas leur langue maternelle <input type="checkbox"/> Présence d'un interprète de proximité (amis, famille...) <input type="checkbox"/> Présence d'un interprète professionnel <input type="checkbox"/>									
Langue maternelle du patient : _____											
Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédure)				Code CISP		N°RC		Procédures (diagnostiques, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)			
1.								1.			
2.								2.			
3.								3.			
4.								4.			
5.								5.			
6.								6.			
7.								7.			
8.								8.			
Résultats de consultation (RC) (symptômes ou diagnostics)				CISP		N/A		Médicaments (DCI)			
1.								1.			
2.								2.			
3.								3.			
4.								4.			
5.								5.			
6.								6.			
7.								7.			
8.								8.			
Poids : kg		Mesuré durant la consultation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Taille : m		IMC : kg/m ²		Heure de début de la consultation			
_ _ h _ _								_ _ h _ _			

Annexe 5 : Classification Internationale des Soins Primaires - 2 CISP-2

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
Procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/douloureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou
-30 Ex médical/bilan santé détaillé	B04 S/P du sang	F02 Oeil rouge	L02 S/P du dos
-31 Ex médical/bilan santé partiel	B25 Peur du SIDA/du VIH	F03 Ecoulement de l'œil	L03 S/P des lombes
-32 Test de sensibilité	B26 Peur du cancer du sang/lymph.	F04 Taches visuelles/flottantes	L04 S/P du thorax
-33 Ex microbiologique/immunologique	B27 Peur autre maladie sang/lymph./rate	F05 Autre perturbation de la vision	L05 S/P du flanc et du creux axillaire
-34 Autre analyse de sang	B28 Limitation de la fonction/incap. (B)	F13 Sensation oculaire anormale	L07 S/P de la mâchoire
-35 Autre analyse d'urine	B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.	F14 Mouvements oculaires anormaux	L06 S/P de l'épaule
-36 Autre analyse de selles	B70 Adénite aiguë	F15 Apparence anormale de l'œil	L09 S/P du bras
-37 Cytologie/histologie	B71 Adénite chronique/non-spécifique	F16 S/P de la paupière	L10 S/P du coude
-38 Autre analyse de laboratoire	B72 Maladie de Hodgkin/lymphome	F17 S/P lunettes	L11 S/P du poignet
-39 Epreuve fonctionnelle	B73 Leucémie	F18 S/P lentilles de contact	L12 S/P de la main et du doigt
-40 Endoscopie	B74 Autre cancer du sang	F27 Peur d'une maladie de l'œil	L13 S/P de la hanche
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	F28 Limitation de la fonction/incap. (F)	L14 S/P de la jambe et de la cuisse
-42 Tracé électrique	B76 Rupture traumat. de la rate	F29 Autre S/P de l'œil	L15 S/P du genou
-43 Autre procédure diagnostique	B77 Autre traumat. sang/lymph./rate	F70 Conjonctivite infectieuse	L16 S/P de la cheville
-44 Vaccination/médication préventive	B78 Anémie hémolytique héréditaire	F71 Conjonctivite allergique	L17 S/P du pied et de l'orteil
-45 Recom./éducation santé/avis/régime	B79 Autre anom. congénitale sang/lymph./rate	F72 Biphéarite, orgelet, chalazion	L18 Douleur musculaire
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	B80 Anémie par déficience en fer	F73 Autre infection/inflammation de l'œil	L19 S/P musculaire NCA
-47 Discussion dispensateur spécialiste	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F74 Tumeur de l'œil et des annexes	L20 S/P d'une articulation NCA
-48 Clarification de la demande du patient	B82 Autre anémie/indét.	F75 Contusion/hémorragie de l'œil	L26 Pour cancer syst. ostéo-articulaire
-49 Autre procédure préventive	B83 Purpura/défaut de coagulation	F76 CE dans l'œil	L27 Pour autre maladie syst. ostéo-artic.
-50 Médication/précription/injection	B84 Globules blancs anormaux	F77 Autre lésion traumat. de l'œil	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
-51 Incision/drainage/aspiration	B87 Splénomégalie	F78 Sténose canal lacrymal de l'enfant	L29 Autre S/P ostéo-articulaire
-52 Excision/biopsie/cautéris/débridement	B90 Infection par le virus HIV, SIDA	F81 Autre anom. congénitale de l'œil	L70 Infection du syst. ostéo-articulaire
-53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage	B99 Autre maladie sang/lymph./rate	F82 Décollement de la retina	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire
-54 Répar/fixation/suture/plâtre/prothèse		F83 Rétinopathie	L72 Fracture du radius/du cubitus
-55 Traitement local/infiltration	Syst. Digestif D	F84 Dégénérescence maculaire	L73 Fracture du tibia/du péroné
-56 Pansement/compression/bandage	D01 Douleur/crampes abdominales gén.	F85 Ulcère de la cornée	L74 Fracture de la main/du pied
-57 Thérapie manuelle/médecine physique	D02 Douleur abdominale/épigastrique	F86 Trachome	L75 Fracture du fémur
-58 Conseil thérap./écoute/examens	D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac	F91 Déficit de réfraction	L76 Autre fracture
-59 Autres procédures thérapeutiques	D04 Douleur rectale/anale	F92 Cataracte	L77 Entorse de la cheville
-60 Résultats analyses/examens	D05 Démangeaisons périanales	F93 Glaucome	L78 Entorse du genou
-61 Résultats ex/procédé autre dispensateur	D06 Autre douleur abdominale loc.	F94 Cécité	L79 Entorse articulaire NCA
-62 Contact administratif	D07 Dyspepsie/indigestion	F95 Strabisme	L80 Luxation et subluxation
-63 Rencontre de suivi	D08 Flatulence/gaz/renvoi	F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.	D09 Nausée	Oreille H	L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers	D10 Vomissement	H01 Douleur d'oreille/otalgie	L83 Syndrome cervical
-66 Référence à despec. SSP non médecin	D11 Diarrhée	H02 P. d'audition	L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
-67 Référence à médecin	D12 Constipation	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille	L85 Déformation acquise de la colonne
-68 Autre référence	D13 Jaunisse	H04 Ecoulement de l'oreille	L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
-69 Autres procédures	D14 Hématémèse/vomissement de sang	H05 Saignement de l'oreille	L87 Bursite, tendinite, synovite NCA
Général et non spécifié A	D15 Mélna	H13 Sensation d'oreille bouchée	L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive
A01 Douleur générale/de sites multiples	D16 Saignement rectal	H14 Autre lésion traumat. de l'oreille	L89 Coxarthrose
A02 Frissons	D17 Incontinence rectale	H27 Peur d'une maladie de l'oreille	L90 Gonarthrose
A03 Fièvre	D18 Modification selles/mouvem. intestin	H28 Limitation de la fonction/incap. (H)	L91 Autre arthrose
A04 Fatigue/faiblesse générale	D19 S/P dents/gencives	H29 Autre S/P de l'oreille	L92 Syndrome de l'épaule
A05 Sensation d'être malade	D20 S/P bouche/langue/lèvres	H70 Otite externe	L93 Coude du joueur de tennis
A06 Evanouissement/syncope	D21 P. de déglutition	H71 Otite moyenne aiguë/myringite	L94 Ostéochondrose
A07 Coma	D23 Hépatomégalie	H72 Otite moyenne séreuse	L95 Ostéoporose
A08 Gonflement	D24 Masse abdominale NCA	H73 Salpingite d'eustache	L96 Lésion aiguë interne du genou
A09 P. de transpiration	D25 Distension abdominale	H74 Otite moyenne chronique	L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.
A10 Saignement/hémorragie NCA	D26 Peur du cancer du syst. digestif	H75 Tumeur de l'oreille	L98 Déformation acquise membres inf.
A11 Douleur thoracique NCA	D27 Peur d'une autre maladie digestive	H76 CE dans l'oreille	L99 Autre maladie ostéo-articulaire
A13 Précoc. par/peur traitement médical	D28 Limitation de la fonction/incap. (D)	H77 Perforation du tympan	Neurologique N
A16 Nourisson irritable	D29 Autre S/P du syst. digestif	H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille	N01 Mal de tête
A18 Précoc. par son aspect extérieur	D70 Infection gastro-intestinale	H79 Autre lésion traumat. de l'oreille	N03 Douleur de la face
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie	D71 Oreillons	H80 Anom. congénitale de l'oreille	N04 Jambes sans repos
A21 Facteur de risque de cancer	D72 Hépatite virale	H81 Excès de cérumen	N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils
A23 Facteur de risque NCA	D73 Gastro-entérite présumée infectieuse	H82 Syndrome vertigineux	N06 Autre perturbation de la sensibilité
A25 Peur de la mort, de mourir	D74 Cancer de l'estomac	H83 Otosclérose	N07 Convulsion/crise comitiale
A26 Peur du cancer NCA	D75 Cancer du colon/du rectum	H84 Presbycusie	N08 Mouvements involontaires anormaux
A27 Peur d'une autre maladie NCA	D76 Cancer du pancréas	H85 Traumatisme sonore	N16 Perturbation du goût/de l'odorat
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA	D77 Autre cancer digestif/NCA	H86 Surdité	N17 Vertige/étourdissement
A29 Autre S/P général	D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.	H89 Autre maladie de l'oreille/mastoïde	N18 Paralysie/faiblesse
A70 Tuberculose	D79 CE du syst. digestif	Cardio-vasculaire K	N19 Trouble de la parole
A71 Rougeole	D80 Autre traumat. du syst. digestif	K01 Douleur cardiaque	N26 Peur d'un cancer neurologique
A72 Varicelle	D81 Anom. congénitale du syst. digestif	K02 Oppression/contriction cardiaque	N27 Peur d'une autre maladie neurologique
A73 Paludisme	D82 Maladie des dents/des gencives	K03 Douleur cardio-vasculaire NCA	N28 Limitation de la fonction/incap. (N)
A74 Rubéole	D83 Maladie bouche/langue/lèvres	K04 Palpitat./perception battements card.	N29 Autre S/P neurologique
A75 Mononucléose infectieuse	D84 Maladie de l'œsophage	K05 Autre battement cardiaque irrégulier	N70 Poliomyélie
A76 Autre exanthème viral	D85 Ulcère duodénal	K06 Veines proéminentes	N71 Méningite/encéphalite NCA
A77 autre maladie virale NCA	D86 Autre ulcère peptique	K07 Oedème, gonflement des chevilles	N72 Tétanos
A78 Autre maladie infectieuse NCA	D87 Trouble de la fonction gastrique	K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire	N73 Autre infection neurologique
A79 Cancer NCA	D88 Appendicite	K24 Peur d'une maladie de cœur	N74 Cancer du syst. neurologique
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA	D89 Hernie inguinale	K25 Peur d' l'hypertension	N75 Tumeur bénigne neurologique
A81 Polytraumatisme/lésions multiples	D90 Hernie hiatale	K26 Peur de l'hypertension	N76 Autre tumeur indét. neurologique
A82 Effet tardif d'un traumatisme	D91 Autre hernie abdominale	K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire	N79 Commotion
A84 Intoxication par subst. médicamente	D92 Maladie diverticulaire	K28 Limitation de la fonction/incap. (K)	N80 Autre lésion traumat. de la tête
A85 Effet sec. subst. médicamente	D93 Syndrome du colon irritable	K29 Autre S/P cardio-vasculaire	N81 Autre lésion traumat. neurologique
A86 Effet toxique subst. non médicamente	D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse	K70 Infection du syst. cardio-vasculaire	N85 Anom. congénitale neurologique
A87 Complication de traitement médical	D96 Fissure anale/abcès périnéal	K71 RAV/maladie cardiaque rhumatismale	N86 Sclérose en plaque
A88 Effet sec. de facteur physique	D97 Maladie du foie NCA	K72 Tumeur cardio-vasculaire	N87 Syndrome parkinsonien
A89 Effet sec. de matériel prothétique	D98 Cholécytite/cholélithiase	K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N88 Epilepsie
A90 Anom. congénitale NCA/multiple	D99 Autre maladie du syst. Digestif	K74 Cardiopathie ischémique avec angor	N89 Migraine
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA		K75 Infarctus myocardique aigu	N90 Algie vasculaire de la face
A92 Allergie/réaction allergique NCA	CODES PROCÉDURE	K76 Cardiopathie ischémique sans angor	N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell
A93 Nouveau-né prématuré	SYMPTÔMES ET PLAINTES	K77 Décompensation cardiaque	N92 Névralgie du trijumeau
A94 Autre morbidité périnatale	INFECTIONS	K78 Fibrillation auriculaire/flutter	N93 Syndrome du canal carpien
A95 Mortalité périnatale	NÉOPLASMES	K79 Tachycardie paroxystique	N94 Névrite/neuropathie périphérique
A96 Mort	TRAUMATISMES	K80 Arythmie cardiaque NCA	N95 Céphalée de tension
A97 Pas de maladie	ANOMALIES CONGÉNITALES	K81 Souffle cardiaque/artériel NCA	N99 Autre maladie neurologique
A98 Gestion santé/médecine préventive	AUTRES DIAGNOSTICS	K82 Cœur pulmonaire	
A99 Maladie de nature/site non précisé		K83 Valvulopathie NCA	
		K84 Autre maladie cardiaque	
		K85 Pression sanguine élevée	
		K86 Hypertension non compliquée	
		K87 Hypertension avec complication	
		K88 Hypotension orthostatique	
		K89 Ischémie cérébrale transitoire	
		K90 Accident vasculaire cérébral	
		K91 Maladie cérébrovasculaire	
		K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér.	
		K93 Embolie pulmonaire	
		K94 Phlébite et thrombophlébite	
		K95 Varices des jambes	
		K96 Hémorroïdes	
		K99 Autre maladie cardio-vasculaire	

Psychologique P	Peau S	U72 Urétrie	Syst. génital masculin et sein Y	
P01 Sensation anxieuse/nervosité/tension	S01 Douleur/hypersensibilité de la peau	U75 Cancer du rein	Y01 Douleur du pénis	
P02 Réaction de stress aiguë	S02 Prurit	U76 Cancer de la vessie	Y02 Douleur des testicules, du scrotum	
P03 Sensation de dépression	S03 Verrue	U77 Autre cancer urinaire	Y03 Ecoulement urétral chez l'homme	
P04 Sentiment/comport. irritable/colère	S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau	U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire	Y04 Autre S/P du pénis	
P05 Sensation vicié, comportement sénile	S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau	U79 Autre tumeur indé. urinaire	Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum	
P06 Perturbation du sommeil	S06 Eruption localisée	U80 Lésion traumat. du tractus urinaire	Y06 S/P de la prostate	
P07 Diminution du désir sexuel	S07 Eruption généralisée	U85 Anom. congénitale du tractus urinaire	Y07 Impuissance sexuelle NCA	
P08 Diminution accomplissement sexuel	S08 Modification de la couleur de la peau	U88 Glomérulonéph./syndr. néphrotique	Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme	
P09 Préoccupation sur identité sexuelle	S09 Doigt/orteil infecté	U90 Protéinurie orthostatique	Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme	
P10 Bégaïement, bredouillement, tic	S10 Furoncle/anthrax	U95 Lithiase urinaire	Y13 Stérilisation de l'homme	
P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant	S11 Infection post-traumat. de la peau	U98 Analyse urinaire anormale NCA	Y14 Autre PF chez l'homme	
P12 Enurésie	S12 Piqûre d'insecte	U99 Autre maladie urinaire	Y16 S/P du sein chez l'homme	
P13 Encoprésie	S13 Morsure animale/humaine	Grossesse, accouchement et PF W		
P15 Alcoolisme chronique	S14 Brûlure cutanée	W01 Question de grossesse	Y24 Peur de grossesse	
P16 Alcoolisation aiguë	S15 CE dans la peau	W02 Peur d'être enceinte	Y26 Peur d'un cancer génital homme	
P17 Usage abusif du tabac	S16 Eczymose/contusion	W03 Saignement pendant la grossesse	Y27 Peur autre maladie génitale homme	
P18 Usage abusif de médicament	S17 Eraflure, égratignure, ampoule	W06 Nausée/vomissement de grossesse	Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y)	
P19 Usage abusif de drogue	S18 Coupure/lacération	W10 Contraception post-coitale	Y29 Autre S/P génitale chez l'homme	
P20 Perturbation de la mémoire	S19 Autre lésion traumat. de la peau	W11 Contraception orale	Y70 Syphilis chez l'homme	
P22 S/P du comportement de l'enfant	S20 Cor/callosité	W12 Contraception intra-utérine	Y71 Gonococcie chez l'homme	
P23 S/P du comportement de l'adolescent	S21 S/P au sujet de la texture de la peau	W13 Stérilisation chez la femme	Y72 Herpes génital chez l'homme	
P24 P. spécifique de l'apprentissage	S22 S/P de l'ongle	W14 Autre contraception chez la femme	Y73 Prostatite/vésiculite séminale	
P25 Problèmes de phase de vie adulte	S23 Calvitie/perte de cheveux	W15 Stérilité - hypofertilité de la femme	Y74 Orychite/épididymite	
P27 Peur d'un trouble mental	S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu	W17 Saignement du post-partum	Y75 Balanite	
P28 Limitation de la fonction/incap. (P)	S26 Peur du cancer de la peau	W18 Autre S/P du post-partum	Y76 Condylome acuminé chez l'homme	
P29 Autre S/P psychologique	S27 Peur d'une autre maladie de la peau	W19 S/P du sein/lactation post-partum	Y77 Cancer de la prostate	
P70 Démence	S28 Limitation de la fonction/incap. (S)	W21 Préoc. par modific. image et grossesse	Y78 Autre cancer génital chez l'homme	
P71 Autre psychose organique	S29 Autre S/P de la peau	W22 Peur complications de la grossesse	Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme	
P72 Schizophrénie	S70 Zona	W28 Limitation de la fonction/incap. (W)	Y80 Lésion traumat. génitale homme	
P73 Psychose affective	S71 Herpes simplex	W29 Autre S/P de la grossesse	Y81 Phimosis/hypertrophie du prépuce	
P74 Trouble anxieux/état anxieux	S72 Gale/autre acariose	W70 Infection puerpérale, sepsis	Y82 Hypospadias	
P75 Trouble somatoforme	S73 Pédiculose/autre infestation peau	W71 Infection compliquant la grossesse	Y83 Ectopie testiculaire	
P76 Dépression	S74 Dermatophytose	W72 Tumeur maligne avec grossesse	Y84 Autre anom. congénitale homme	
P77 Suicide/tentative de suicide	S75 Moniliasie/candidose de la peau	W75 Lésion traumat. et grossesse	Y86 Hypertrophie bénigne de la prostate	
P78 Neurasthénie, surmenage	S76 Autre maladie infectieuse de la peau	W76 Anom. congénitale et grossesse	Y88 Hydrocèle	
P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif	S77 Cancer de la peau	W78 Grossesse	Y89 Autre maladie génitale chez l'homme	
P80 Trouble de la personnalité	S78 Lipome	W79 Grossesse non désirée	Social Z	
P81 Trouble hyperkinétique	S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau	W80 Grossesse ectopique	Z01 Pauvreté/P. économique	
P82 Syndrome de stress post-traumatique	S80 Kératose actinique/coup de soleil	W81 Toxémie gravidique	Z02 P. d'eau/de nourriture	
P85 Retard mental	S81 Hémangiome/lymphangiome	W82 Avortement spontané	Z03 P. d'habitat/de voisinage	
P86 Anorexie mentale, boulimie	S82 Naevus/naevus pigmentaire	W83 Avortement provoqué	Z04 P. socioculturel	
P88 Autre psychose NCA	S83 Autre anom. congénitale de la peau	W84 Grossesse à haut risque	Z05 P. de travail	
P89 Autre trouble psychologique	S84 Impétigo	W85 Diabète gravidique	Z06 P. de non emploi	
Respiratoire R		W90 Acc. non compliqué, enfant vivant	Z07 P. d'éducation	
R01 Douleur du syst. respiratoire	S85 Kyste pilonidal	W91 Acc. non compliqué, enfant mort	Z08 P. de protection sociale	
R02 Souffle court, dyspnée	S86 Dermite séborrhéique	W92 Acc. compliqué, enfant vivant	Z09 P. légal	
R03 Sibilance	S87 Dermite atopique/eczéma	W93 Acc. compliqué, enfant mort	Z10 P. relatif au syst. de soins de santé	
R04 Autre P. respiratoire	S88 Dermite et allergie de contact	W94 Mastite puerpérale	Z11 P. du fait d'être malade/compliance	
R05 Toux	S89 Erythème fessier	W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation	Z12 P. de relation entre partenaires	
R06 Saignement de nez, épistaxis	S90 Pytriasis rosé	W96 Autre complication puerpérale	Z13 P. de comportement du partenaire	
R07 Congestion nasale, éternuement	S91 Psoriasis	W99 Autre maladie de la grossesse/acc.	Z14 P. du à la maladie du partenaire	
R08 Autre S/P du nez	S92 Maladie des glandes sudoripares	X01 Douleur génitale chez la femme	Z15 Perte/décès du partenaire	
R09 S/P des sinus	S93 Kyste sébacé	X02 Douleur menstruelle	Z16 P. de relation avec un enfant	
R21 S/P de la gorge	S94 Ongle incarné	X03 Douleur intermenstruelle	Z18 P. du à la maladie d'un enfant	
R23 S/P de la voix	S95 Molluscum contagiosum	X04 Rapport sexuel douloureux femme	Z19 Perte/décès d'un enfant	
R24 Hémoptysie	S96 Acné	X05 Menstruation absente/rare	Z20 P. relation autre parent/famille	
R25 Expectoration/glaire anormale	S97 Ulcère chronique de la peau	X06 Menstruation excessive	Z21 P. comportement. autre parent/famille	
R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire	S98 Urticaire	X07 Menstruation irrégulière/fréquente	Z22 P. du à la mal. autre parent/famille	
R27 Peur d'une autre maladie respiratoire	S99 Autre maladie de la peau	X08 Saignement intermenstruel	Z23 Perte/décès autre parent/famille	
R28 Limitation de la fonction/incap. (R)	Métabol., nutrit., endocrinien T		Z24 P. de relation avec un ami	
R29 Autre S/P respiratoire	T01 Soif excessive	X09 S/P prémenstruel	Z25 Aggression/événement nocif NCA	
R71 Coqueluche	T02 Appétit excessif	X10 Ajournement des menstruations	Z27 Peur d'un P. social	
R72 Streptococcie pharyngée	T03 Perte d'appétit	X11 S/P liés à la ménopause	Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z)	
R73 Furoncle/abcès du nez	T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant	X12 Saignement de la post-ménopause	Z29 P. social NCA	
R74 Infection aiguë voies respiratoire sup.	T05 P. d'alimentation de l'adulte	X13 Saignement post-coital femme	Abréviations	
R75 Sinusite aiguë/chronique	T07 Gain de poids	X14 Ecoulement vaginal	ou	
R76 Angine aiguë	T08 Perte de poids	X15 S/P du vagin	Acc.	Accouchement
R77 Laryngite, trachéite aiguë	T10 Retard de croissance	X16 S/P de la vulve	Anom.	Anomalie
R78 Bronchite aiguë, bronchiolite	T11 Déshydratation	X17 S/P du petit bassin chez la femme	Bén.	Bénin (igne)
R79 Bronchite chronique	T12 Peur d'un cancer du syst. endocrinien	X18 Douleur du sein chez la femme	CE	Corps étranger
R80 Grippe	T27 Peur autre mal. endoc./métab./nutrit.	X19 Tuméfaction/masse du sein femme	Gén	Généralisé(e)
R81 Pneumonie	T28 Limitation de la fonction/incap. (T)	X20 S/P du mamelon chez la femme	Incap	Incapacité
R82 Pleurésie, épanchement pleural	T29 Autre S/P endoc./métab./nutrit.	X21 Autre S/P du sein chez la femme	Indét	Indéterminé(e)
R83 Autre infection respiratoire	T70 Infection du syst. endocrinien	X22 Préoc. par l'apparence des seins	Loc.	Localisé(e)
R84 Cancer des bronches, du poulmon	T71 Cancer de la thyroïde	X23 Peur d'une MST chez la femme	Mal.	Maladie
R85 Autre cancer respiratoire	T72 Tumeur bénigne de la thyroïde	X24 Peur dysfonction sexuelle femme	MST	Maladie sexuellement transmissible
R86 Tumeur respiratoire bénigne	T73 Tumeur indé. du syst. endocrinien	X25 Peur d'un cancer génital femme	NCA	Non classé ailleurs
R87 CE du nez, du larynx, des bronches	T78 Canal/kyste thyroïdienne	X26 Peur d'un cancer du sein femme	P.	Problème
R88 Autre lésion traumat. du syst. resp.	T81 Goitre	X27 Peur autre mal. génitale/sein femme	Préc.	Préoccupé(e)
R89 Anom. congénitale du syst. resp.	T82 Obésité	X28 Limitation de la fonction/incap. (X)	RAA	Rhumatisme articulaire aigu
R90 Hypertrophie amygdalaires/végétations	T83 Excès pondéral	X29 Autre S/P génital chez la femme	S/P	Symptôme ou plainte
R92 Autre tumeur indé. du syst. resp.	T85 Hyperthyroïdie/thyrotoxicose	X70 Syphilis chez la femme	Sec.	Secondaire
R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive	T86 Hypothyroïdie/myxoedème	X71 Gonococcie chez la femme	Subs	Substance
R96 Asthme	T87 Hypoglycémie	X72 Candidose génitale chez la femme	Syndr	Syndrome
R97 Rhinite allergique	T89 Diabète insulino-dépendant	X73 Trichomonase génitale femme	Tum.	Tumeur
R98 Syndrome d'hyperventilation	T90 Diabète non insulino-dépendant	X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme		
R99 Autre maladie respiratoire	T91 Carence vitaminique/nutritionnelle	X75 Cancer du col de l'utérus		
CODES PROCÉDURE		X76 Cancer du sein chez la femme		
SYMPTÔMES ET PLAINTES		X77 Autre cancer génital chez la femme		
INFECTIONS		X78 Fibrome utérin		
NÉOPLASMES		X79 Tumeur bénigne du sein femme		
TRAUMATISMES		X80 Tumeur bénigne génitale femme		
ANOMALIES CONGÉNITALES		X81 Autre tumeur génitale indé. femme		
AUTRES DIAGNOSTICS		X82 Lésion traumat. génitale femme		
U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire	Système Urinaire U	X83 Anom. génitale congénitale femme		
U27 Peur d'une autre maladie urinaire	U01 Dysurie/miction douloureuse	X84 Vaginite/vulvite NCA		
U28 Limitation de la fonction/incap. (U)	U02 Miction fréquente/impérieuse	X85 Maladie du col de l'utérus NCA		
U29 Autre S/P urinaire	U04 Incontinence urinaire	X86 Frottis de col anormal		
U70 Pyélonéphrite/pyélite	U05 Autre P. de miction	X87 Prolapsus utero-vaginal		
U71 Cystite/autre infection urinaire	U06 Hématurie	X88 Maladie fibrokystique du sein		
	U07 Autre S/P au sujet de l'urine	X89 Syndrome de tension prémenstruelle		
	U08 Rétention d'urine	X90 Herpes génital chez la femme		
	U13 Autre S/P de la vessie	X91 Condylome acuminé chez la femme		
	U14 S/P du rein	X92 Infection génitale chlamydia femme		
	U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire	X99 Autre maladie génitale de la femme		
	U27 Peur d'une autre maladie urinaire			
	U28 Limitation de la fonction/incap. (U)			
	U29 Autre S/P urinaire			
	U70 Pyélonéphrite/pyélite			
	U71 Cystite/autre infection urinaire			

Formulaire de consentement pour enregistrements sonores

Je, soussigné(e) : _____ (Prénom et nom) accepte que la consultation soit enregistrée sur bande audio.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiante ou l'étudiant en médecine générale pour la réalisation de sa thèse/mémoire.

Seuls l'étudiante ou l'étudiant, sa superviseuse ou son superviseur, sa professeure ou son professeur et une personne du groupe présente, pourrons y avoir accès. La confidentialité sera maintenue par tous les praticiens concernés. Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements. Je comprends aussi que je peux retirer mon consentement à tout moment en avisant l'étudiant et que, à ma demande, le contenu des bandes sera effacé.

Date : _____

Signature : _____

Activité physique et précarité : étude qualitative auprès des médecins généralistes exerçant dans les QPV de Montpellier

Guide d'entretien

La Précarité :

- 1) Comment définiriez-vous la précarité ?
- 2) Comment repérez-vous un patient en situation de précarité ?

Le Conseil d'APS :

- 3) Chez vos patients en situations de précarité, abordez-vous la question de l'activité physique ? Le faites-vous chez tous vos patients ?

- Chez ceux où vous l'abordez :

- **Comment faites-vous la promotion de l'activité physique auprès des patients précaires ?**
 - Relances :
 - Comment évaluez-vous la pratique du patient ?
 - Quels conseils leur prodiguez-vous ?
 - Que pensez-vous de l'offre sportive dans le quartier (association, équipement sportif, accès/transport, prix) ?
- **Rencontrez-vous des difficultés particulières dans la promotion de l'APS chez les patients en situation de précarité, que vous ne rencontrerez pas chez un patient non précaire ?**
 - Relances :
 - Au cours de la consultation ?
 - Liée au patient ?

- Chez ceux ou ce n'est pas abordé :

- **Chez quels patients vous ne l'abordez pas et pour quelles raisons ?**
- **Existe-t-il des situations au cours des consultations qui vous limitent dans la promotion de l'APS ?**
- **Quelles pourraient être, selon vous, les difficultés rencontrées par le patient précaire l'empêchant de réaliser de l'APS ?**

- (Questions facultatives) Si ne l'aborde jamais :

- **Quelles sont les difficultés qui vous en empêche ?**
 - Relances :
 - Rencontrez-vous des difficultés au cours des consultations ?
 - Existents-ils des spécificités chez les patients en situation de précarité qui vous en empêche ?
- **Le faites-vous avec des patients non précaires ?**
- **Quelles pourraient être, selon vous, les difficultés rencontrées par le patient précaire l'empêchant de réaliser de l'APS ?**

APA et maladie chronique :

4) Chez vos patients en situation de précarité, comment prescrivez-vous de l'APA ?

- **Si n'en prescrit jamais :**
 - **Qu'est-ce qui limite cette prescription d'APA chez un patient en situation de précarité ?**
 - Relances :
 - Difficultés liées aux conditions de vie ?
 - Difficultés liées aux maladies invalidantes ?
 - Existe-t-il des risques liés à la pratique ?
 - Manque de contact extérieur ? manque d'infrastructure ?
- **Si Prescrit :**
 - **Pour qu'elle indications la prescrivez-vous ?**
 - **Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prescription d'APA chez le sujet précaire ?**
 - **Dans quelle situation vous ne la prescrivez pas ? et pourquoi ?**
 - **Quelles pourrait être selon vous, les difficultés rencontrées par un patient précaire l'empêchant de pratiquer de l'APA ?**
 - **Connaissez-vous des professionnels, associations ou des structures dans le quartier où orienter vos patients afin de débiter de l'APA ?**

Formation :

5) Avez-vous reçu une formation spécifique concernant le domaine de l'activité physique ou de l'APA ?

- Si oui laquelle ? quel type de formation avez-vous reçu ?
- Si non : quel moyen envisagez-vous de mettre en œuvre pour vous former à la prescription de l'APA ?

6) Avez-vous des attentes spécifiques qui pourraient améliorer votre pratique ?

Niveau activité physique du médecin :

7) Pratiquez-vous une activité physique ou du sport ?

- Si oui :
 - Que faites-vous ? À quelle fréquence ? À quel niveau ?
- Si non :
 - Pourquoi ?

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé :

Introduction : L'inactivité physique et la sédentarité sont des facteurs de morbi-mortalité. Il existe un gradient socioéconomique à la pratique de l'activité physique (AP). Le médecin généraliste (MG) a un rôle primordial en matière de promotion de l'activité physique et dans la lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS).

Objectif : Comprendre les pratiques des MG des QPV de Montpellier concernant la promotion de l'activité physique chez les patients précaires.

Matériel et Méthode : Deux outils méthodologiques. Quantitatif observationnel en utilisant la base de données du projet FETOMP, constituée par observation directe de consultations de médecine générale dans les QPV de Montpellier. Qualitatif avec analyse thématique par entretien semi-dirigé de MG exerçant dans les QPV de Montpellier.

Résultats : Les consultations de 11 médecins ont été observées. 355 patients ont été étudiés, dont 174 patients précaires et 181 patients non-précaires. L'AP a été abordé avec 23 patients dans le groupe précaire contre 48 patients dans le groupe non-précaire (OR = 0,42 ; [0,24 – 0,73], p = 0,0017).

10 médecins ont été interrogés. Absence de consensus sur la définition de la précarité.

L'AP est abordé uniquement si elle est en rapport avec le motif de consultation. Les médecins conseillent principalement la marche. Les principaux freins à la promotion de l'AP sont des difficultés liées aux patients (difficultés financières, manque de motivation, autres préoccupations, limitations physiques), ou liées au déroulement de la consultation (manque de temps, nombre important de motifs de consultation). Les freins à la prescription d'APA sont l'absence de financement par la Sécurité Sociale, le manque de réseau d'APA, le manque formation des médecins.

Conclusion : Notre étude montre l'existence d'un gradient social en matière de promotion de l'AP. L'APA n'est jamais prescrite chez le patient précaire. Les difficultés spécifiques inhérentes aux populations précaires nécessitent un investissement de la part des pouvoirs publics pour favoriser l'accès à l'AP et à l'APA chez ces patients.

Mots-clés : Activité physique, Activité physique adaptée, sédentarité, précarité, prévention, soins primaires, médecine générale, quartiers prioritaires de la ville, FETOMP, inégalités sociales de santé