



HAL
open science

Prescription d'activité physique sur ordonnance : état des lieux des pratiques des médecins généralistes dans les Pyrénées-Orientales

Léonor Bonnin

► **To cite this version:**

Léonor Bonnin. Prescription d'activité physique sur ordonnance : état des lieux des pratiques des médecins généralistes dans les Pyrénées-Orientales. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03436851

HAL Id: dumas-03436851

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03436851v1>

Submitted on 19 Nov 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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Léonor BONNIN

le 17 Septembre 2021

PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE SUR ORDONNANCE :
ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES
DANS LES PYRENEES ORIENTALES

Directeurs de thèse : Pr Charles-Yannick GUEZENNEC
Dr Elsa MERCIER

JURY

Président : Pr Jacques MERCIER

Assesseurs : Dr Yvan MILLA
Pr Charles-Yannick GUEZENNEC
Dr Elsa MERCIER

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Léonor BONNIN

le 17 Septembre 2021

PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE SUR ORDONNANCE :
ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES
DANS LES PYRENEES ORIENTALES

Directeurs de thèse : Pr Charles-Yannick GUEZENNEC
Dr Elsa MERCIER

JURY

Président : Pr Jacques MERCIER

Assesseurs : Dr Yvan MILLA
Pr Charles-Yannick GUEZENNEC
Dr Elsa MERCIER

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Émérites

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

Docteurs Émérites

PRAT Dominique	PUJOL Joseph
----------------	--------------

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Éric – Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick – Parasitologie et mycologie

BEREGI Jean-Paul – Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BOULOT Pierre – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAPDEVILA Xavier – Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard – Rhumatologie

COSTES Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques

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

CYTEVAL Catherine – Radiologie et imagerie médicale

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel – Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Éric – Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques – Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues – Neurochirurgie

ELIAOU Jean François – Immunologie

FABRE Jean Michel – Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

HAMAMAH Samir – Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HERISSON Christian – Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir – Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier – Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian – Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier – Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre – Neurologie
LEFRANT Jean-Yves – Anesthésiologie-réanimation
LEHMANN Sylvain – Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge – Biochimie et biologie moléculaire
MERCIER Jacques – Physiologie
MEUNIER Laurent – Dermato-vénérologie
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 Éric – Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques – Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques – Anesthésiologie-réanimation
SOTTO Albert – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
SCHVED Jean François – Hématologie ; Transfusion
TAOUREL Patrice – Radiologie et imagerie médicale
TOUITOU Isabelle – Génétique
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 – Pédiopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric – Chirurgie digestive
BOURDIN Arnaud – Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles – Pédiatrie
CAMU William – Neurologie
CANOVAS François – Anatomie
CAPTIER Guillaume – Anatomie
CARTRON Guillaume – Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume – Cardiologie
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre – Immunologie
COULET Bertrand – Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe – Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves – Physiologie
DE TAYRAC Renaud – Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John – Cytologie et histologie
DEMARIA Roland – Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DROUPY Stéphane – Urologie
DUCROS Anne – Neurologie
DUPEYRON Arnaud – Médecine physique et réadaptation
FESLER Pierre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David – Génétique
GUILLAUME Sébastien – Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris – Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice – Physiologie
HOUEDE Nadine – Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada – Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel – Génétique moléculaire
KOUYOUMDJIAN Pascal – Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle – Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry – Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LEMOING Vincent – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence – Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis – Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan – Physiologie
MORANNE Olivier – Néphrologie
MOREL Jacques – Rhumatologie
NAVARRO Francis – Chirurgie générale
NOCCA David – Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie
PERNEY Pascal – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel – Anatomie
PUJOL Jean Louis – Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane – Pédiopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal – Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh – Pédiatrie
VERNHET Hélène – Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline – Cancérologie ; radiothérapie
CANAUD Ludovic – Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud – Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel – Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent – Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent – Ophtalmologie
DORANDEU Anne – Médecine légale
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
GUILPAIN Philippe – Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ;

addictologie

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire – Rhumatologie

JACOT William – Cancérologie ; Radiothérapie

JEZIORSKI Éric – Pédiatrie

JUNG Boris – Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas – Chirurgie infantile

LACHAUD Laurence – Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin – Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric – Rhumatologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas – Radiologie et imagerie médicale

MILLET Ingrid – Radiologie et imagerie médicale

MURA Thibault – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NAGOT Nicolas – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Émilie – Psychiatrie d'adultes ; addictologie

NOCCA David – Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio – Chirurgie générale

PARIS Françoise – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PELLESTOR Franck – Histologie, embryologie et cytogénétique

PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia – Physiologie

POUDEROUX Philippe – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François – Pédiatrie

ROSSI Jean François – Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François – Cardiologie

SEBBANE Mustapha – Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas – Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme – Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane – Nutrition
THOUVENOT Éric – Neurologie
THURET Rodolphe – Urologie
TUAILLON Édouard – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric – Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max – Ophtalmologie
VINCENT Denis – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry – Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne – Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques – Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila – Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent – Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine Générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel
GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine

BESSIS Didier – Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François – Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

QUANTIN Xavier – Pneumologie
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie
VIEL Éric – Soins palliatifs et traitement de la douleur

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe – Échelon Exceptionnel

RICHARD Bruno – Médecine palliative
SEGONDY Michel – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOUX 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 – Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin – Anatomie
BOUDOUSQ Vincent – Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline – Hématologie biologique
BROUILLET Sophie – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille – Génétique Moléculaire
LAVIGNE Géraldine – Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MARTRILLE Laurent – Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin – Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine – Biologie cellulaire
RAVEL Christophe – Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris – Physiologie

STERKERS Yvon – Parasitologie et mycologie

YACHOUH Jacques – Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUIGNOUX Anne – Génétique

CHIRIAC Anca – Immunologie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie – Dermato-vénérologie

FITENI Frédéric – Cancérologie ; radiothérapie

GOUZI Farès – Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

HUBERLANT Stéphanie – Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale

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

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{ère} classe

COSTA David

OUDE-ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric – Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie – Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine – Neurosciences
BERNEX Florence – Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine – Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance – Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence – Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent – Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume – Neurosciences
LADRET Véronique – Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien – Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel – Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine – Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent – Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme – Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie – Neurosciences
MOUTOT Gilles – Philosophie
PASSERIEUX Émilie – Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie – Histologie
RAYNAUD Fabrice
TAULAN Magali – Biologie Cellulaire

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BIRON-ANDREANI Christine	CASSINOTTO Christophe
AKKARI Mohammed	BLANC Brigitte	CATHALA Philippe
ALRIC Jérôme	BLANCHARD Sylvie	CAZABAN Michel
AMEDRO Pascal	BLANCHET Catherine	CHARBIT Jonathan
AMOUREUX Cyril	BLATIERE Véronique	CHEVALLIER Thierry
ANTOINE Valéry	BOBBIA Xavier	CHEVALLIER- MICHAUD Josyane
ARQUIZAN Caroline	BOGE Gudrun	COLIN Olivier
ATTALIN Vincent	BOURRAIN Jean Luc	CONSEIL Mathieu
AYRIGNAC Xavier	BOUYABRINE Hassan	CORBEAU Catherine
BADR Maliha	BRINGER-DEUTSCH Sophie	COROIAN Flavia-Oana
BAIS Céline	BRINGUIER	COURDRAY Sarah
BARBAR Saber Davide	BRANCHEREAU Sophie	CRANSAC Frédéric
BASSET Didier	BRISOT Dominique	CUNTZ Danielle
BATIFOL Dominique	BRONER Jonathan	DARDALHON Brigitte
BATTISTELLA Pascal	CADE Stéphane	DAVID Aurore
BAUCHET Luc	LAZERGES Cyril	DE BOUTRAY Marie
BENEZECH Jean Pierre	LE GUILLOU Cédric	RAPIDO Francesca
BENNYS Karim	LEGLISE Marie Suzanne	RIBRAULT Alice
BERNARD Nathalie	CAIMMI Davide Paolo	RICHAUD-MOREL Brigitte
BERTRCHANSKY Ivan	CARR Julie	RIDOLFO Jérôme
BIBOULET Philippe	CARTIER César	RIPART Sylvie
DENIS Hélène	CASPER Thierry	RONGIERES Michel
DEVILLE de PERIERE Gilles	MARGUERITE Emmanuel	ROULET Agnès
DE LA TRIBONNIERE Xavier	MARTIN Lucille	RUBENOVITCH Josh
DJANIKIAN Flora	MATTATIA Laurent	SANTONI Fannie
DONNADIEU-RIGOLE Hélène	MEROUEH Fadi	DEBIEN Blaise
FAIDHERBE Jacques	MEYER Pierre	DELPONT Marion
FATTON Brigitte	MILESI Christophe	SASSO Milène
FAUCHERRE Vincent	MORAU Estelle	SCHULDINER Sophie
FILLERON Anne		SEGURET Fabienne
FITENI Frédéric		SENESSE Pierre

FOURNIER Philippe	MOSER Camille	SKALLI El Mehdi
GAILLARD Nicolas	MOUSTY Eve	SOLA Christelle
GALMICHE Sophie	MOUTERDE Gaël	SOULLIER Camille
GENY Christian	PANSARD Nicole	STOEBNER
GERONIMI Laetitia	PERNIN Vincent	DELBARRE Anne
GINIES Patrick	PERRIGAULT Pierre	TEOT Luc
GRECO Frédéric	François	THIRION Marina
GUEDJ Anne Marie	PEYRON Pierre-	VACHIERY-LAHAYE
GUYON Gaël	Antoine	Florence
HENRY Vincent	PICARD Éric	VERNES Eric
JAMMET Patrick	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
JEDRYKA François	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
JREIGE Riad	POQUET Hélène	ZERKOWSKI Laetitia
KINNE Mélanie	PUJOL Sarah-Lise	
LABARIAS Coralie	PUPIER Florence	
LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
LANG Philippe	RAFFARD Laurence	

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BARATEAU Lucie – Physiologie

BASTIDE Sophie – Épidémiologie, économie de la santé et prévention

CAZAUBON Yoann – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

DAGNEAUX Louis – Chirurgie orthopédique et traumatologique

DUFLOS Claire – Biostatistiques ; informatique médicale et technologies de la communication

GOULABCHAND Radjiv – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

LATTUCA Benoit – Cardiologie

MARIA Alexandre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

MIOT Stéphanie – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SARRABAY Guillaume – Génétique

SOUCHE François-Régis – Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury

A Monsieur le Professeur Jacques MERCIER,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail de thèse.

A Monsieur le Docteur Yvan MILLA,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail et de faire partie de ce jury.

Mais surtout, merci pour ce dernier stage à tes côtés qui m'a beaucoup appris, tant sur le plan médical que relationnel et m'a permis de clôturer cet internat de la meilleure des manières.

A Monsieur le Docteur Charles-Yannick GUEZENEC,

Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail, et d'avoir montré un tel enthousiasme dès les premiers instants quand je vous ai proposé ce sujet. Merci également pour votre disponibilité et vos bons conseils tout au long de la rédaction de cette thèse.

A Madame le Docteur Elsa MERCIER,

Merci de m'avoir également accompagnée dans ce travail et pour le temps que tu m'as accordé
Merci pour ta grande disponibilité et ta réactivité, ta gentillesse et tes encouragements qui m'ont permis d'avancer sereinement.

A tous les médecins que j'ai eu la chance de côtoyer et qui m'ont formé au cours de ces études.

Tout d'abord à David PIPONNIER, merci de m'avoir conforté dans mon choix de la médecine générale, de m'avoir montré les bases de l'ostéopathie et surtout d'avoir été si accueillant et bienveillant avec moi lors de mon premier semestre.

Merci à tous les médecins et l'équipe du Service des Urgences de Sète, d'avoir rendu ce stage si agréable et formateur, je pourrais presque dire que les gardes avec certains d'entre vous étaient un plaisir (mention spéciale aux repas du mercredi soir).

Merci aux pédiatres de Narbonne et au service de gynécologie mais surtout à Julie CHETBOUNE pour tout le temps que tu m'as consacré.

Merci à tous les médecins du service Neurologie de Perpignan qui m'ont si bien accueillie, ainsi qu'au service d'Endocrinologie.

Merci à tout le service de Pédiatrie de Mayotte qui m'a permis de passer de si bons moments. Un stage dans ces conditions et avec une équipe comme ça, c'était un vrai plaisir ! J'ai beaucoup appris à vos côtés, que ce soit pour la prise en charge des enfants ou les karaokés.

Merci à ceux qui m'ont accompagné pour mon dernier semestre, en particulier à Géraldine BENEZIS qui m'a conforté dans mon amour de la pédiatrie, merci pour ton accueil, ta patience et ta douceur.

Merci à Sylvie FABRE d'avoir été si investie pour me donner les clés de la rhumatologie, Nathalie MILLA et Cécile FABRE de m'avoir permis d'être plus à l'aise face à la dermatologie, et merci à Thierry HO PUN CHEUNG de m'avoir initié à l'adhésiolyse.

A ma famille,

Papa et Maman,

Je ne sais pas si les mots seront assez forts pour vous dire toute ma reconnaissance.

Depuis 2005, vous vivez les études de médecine à travers nous...

Après 16 longues années, vos 3 enfants sont enfin docteurs ! Vous avez vécu certains de nos moments de stress comme si c'était les vôtres (voire pire...). Ça y est, c'est fini !

Merci d'avoir toujours été là pour me soutenir, dans les bons comme dans les mauvais moments tout au long de ces études interminables, merci pour votre amour, merci de nous avoir offert cette vie de famille rêvée, merci de nous avoir permis de voyager si tôt et de nous avoir donné le goût de l'aventure. Merci pour tout.

Pierre-Olivier et Thomas, mes grands frères chéris,

Merci de m'avoir toujours montré l'exemple et d'avoir été les meilleurs des grands frères.

Salamanque, l'internat à Montpellier, les voyages au bout du monde, tout ça c'est grâce à vous.

Vous avez toujours été des modèles pour moi et je suis tellement fière d'être votre petite sœur.

Perrine et Caroline, je suis si heureuse de vous avoir comme belles sœurs, merci d'agrandir cette famille, de rendre mes frères heureux, d'être si attentionnées et bienveillantes avec moi et de continuer à faire de chaque moment en famille un moment de bonheur.

Pablo, merci de nous apporter tant d'amour et de nous faire rire comme tu le fais. Tu pourras toujours compter sur ta tata, pour jouer ou aller boire des coups (dans quelques années...)

Thelma, qui gardera toujours une place dans mon cœur.

Nathalie, ma cousine chérie, ma Tatite, merci d'être toujours là pour partager les bons moments en famille, merci pour les kilos de chocolat suisse et de gruyère caramel.

Et merci pour ta super relecture et tes corrections à la virgule près, ça me touche que tu aies pris le temps de faire tout ça !

Papy et mamie, merci pour tout, je pense très fort à vous et je sais comme vous seriez fiers de nous voir tous les trois docteurs.

Et à tout le reste de la famille, mes cousins **Elsa, Timo, Clément, Noémie**, mes tontons tatas **François, Francine et Odette**, et mes petits cousins **Lisa, Nils, Yoan**.

A tous, merci pour tous ces bons moments en famille, ces apéros sur la grande plage, les souvenirs, et tous ceux à venir.

A ma belle-famille, **Maryse, Xavier, Josette, Lisa, Marine**,

A vous tous, merci de m'avoir accueillie aussi chaleureusement dans la famille et de m'avoir permis de me sentir bien chez vous dès les premiers instants. Merci pour tous les bons moments passés ensemble, les balades, les apéros et les bons repas !

A tous mes amis...

De l'école,

Marie, ma plus vieille amie, je nous revois encore sur les marches du conservatoire à jouer ensemble, en maternelle, en primaire...

Du lycée,

Alice, Camille, Zoé, les 4 fantastiques, toujours collées ensemble au lycée. Et même aux 4 coins du monde, même si ce n'est pas toujours évident de se voir et de garder contact, je n'oublierai jamais tous les bons moments passés ensemble, et vous garderez toujours une place très spéciale dans mon cœur.

Chaïmae, depuis Fabert jusqu'aux bancs de la fac, merci pour tous les bons moments et ces 3 années de colocation, décidés sur un coup de tête lors d'une soirée en Espagne !

Stoll, mon bon vieux Stoll, même si les moments ensemble se font rares, je me souviendrai toujours des bons moments passés ensemble.

De la fac,

Les Guillemin, mon petit caillou, mon Mam,

Vous êtes à mes côtés depuis le début de mes études, déjà 10 ans d'amitié... de Berthoms, de soirées, de festivals, de bons moments, de hihihihihihihhi et... d'union pour la vie, dont j'ai été si fière d'être témoin. Me choisir pour partager ça avec vous c'était le plus beau des cadeaux ! (sauf peut-être si je suis la marraine). J'ai de la chance de vous avoir comme amis, merci pour tout.

Kaka, Oliot, Marie, sans qui ma P1 aurait été si triste. Tant de soirées, de club, de Marie poissonnière... Malgré le temps qui passe et la distance, merci d'être là.

Laure, merci d'avoir été à mes côté en P1, et malgré les hauts et les bas, je suis heureuse qu'on se soit retrouvées. Merci aussi d'avoir été la meilleure co-organisatrice d'EVJF et de mariage !

Nioui, des bancs de la fac jusqu'à Montpellier, en faisant un petit détour par le Mexique, merci pour tous ces bons moments.

La Cheese Party : Isis, Lola, Manon, Luke, Thibaud, Mehdi, Charles, merci d'avoir rendu cette année d'Erasmus si exceptionnelle, cette année aura marqué ma vie et je ne suis pas près de l'oublier. Tant de soirées, de mimes, de pinchos, de chupitos, de Paniagua, de Potemkin, voire de Piper pour les jours de grande forme... Et merci d'être toujours là plusieurs années plus tard, toujours prêts à traverser la France (ou la Suisse !) pour nos weekend retrouvailles.

D'ailleurs, si on retournait à Salamanque bientôt ?

Et une pensée toute particulière pour **Tyler,** avec qui j'aurais tant aimé pouvoir fêter cet évènement et tellement d'autres.

Et de l'internat...

J'ai fait au cours de ces 3 années de si belles rencontres, et je suis si heureuse de pouvoir vous compter parmi mes amis... Difficile de citer tout le monde, mais à vous tous, qui avez rendu mon internat si fantastique, merci !

Manon, ma première coloc, quelle chance d'être tombée sur toi pour notre premier semestre à Castelnaudary, et d'avoir pu débiter l'internat en beauté à tes côtés.

Cécile, la plus boulette de toutes, merci de m'avoir fait découvrir les soirées internat, et merci pour ta chambre squattée à plusieurs reprises.

Elise aux pieds noirs, en fait déjà plus de 10 ans qu'on se connaît, mais il aura fallu qu'on fasse notre internat ensemble pour vraiment te découvrir. Toujours motivée, jamais déçue, un poil hyperactive, mais c'est comme ça que je t'aime.

Elise Foucs, merci pour ton sourire et ta douceur, pour ces belles vacances passées ensemble, Majorque, Saint Nicolas, Hossegor et toutes celles à venir !

Alice, la tata gênante et ta voix stridente, merci d'être là pour animer nos soirées et pour discuter avec moi de Laury. Et félicitations pour ton bac !

Léa, des rencontres en soirée jusqu'à notre colocation avec René ton amour et les vacances ensemble. Merci pour tous les bons moments.

Louis, merci d'être un si bon gars, on a beau dire, ce slip te va à merveille.

Morgane et Marine, Merci pour ce semestre de coloc de folie à Narbonne. Des fois le hasard fait très bien les choses. Je n'aurais pas pu rêver meilleure compagnie pour profiter des améliorés jusqu'au bout de la nuit : toujours présentes et motivées, surtout si ça inclut des danses avec un balai ou un petit coup de Céline.

Aux bouénis mahoraises, super co-internes, **Juju** et son talent de twerk, **Paupau, Carole, Violaine, Chiara, Damien**, tous les autres internes et **Alice**, la plus folle de toutes les pédiatres. **Olivia et Franck**, merci pour cette colocation et surtout ces apéros qui m'ont permis de me changer les idées tout au long de ce confinement à Mayotte. Même si le COVID est passé par là, je garderai toujours un super souvenir de cette parenthèse mahoraise.

Merci aussi à tous les autres, **Laura, Yann, Caro, Jessy, Christophe...** Sans oublier les non médecins **Pierre, Marco, Yoann**, heureusement que vous êtes là pour apporter une présence masculine supplémentaire à nos soirées !

Et enfin...

A la plus belle de toutes les rencontres de cet internat

Merci à mon amoureux, de m'avoir supportée et soutenue dans les périodes de stress et de doute, d'avoir su me rassurer. Merci de vaincre tes peurs pour me suivre dans mes aventures, d'avoir accepté de passer 6 mois perdus sur une petite île dont on ne connaissait à peine l'existence quelques mois en arrière et de nous permettre de faire ces si beaux voyages.
« Il me tarde » de faire des millions de nouveaux projets avec toi.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	16
LISTE DES ABREVIATIONS.....	25
I. Introduction.....	26
1. Avant-propos	26
2. Définition des concepts	28
a. Activité physique	28
b. Sport.....	29
c. Inactivité physique	29
d. Sédentarité	29
e. Activité physique adaptée.....	30
g. Pathologie chronique	30
h. Affection Longue Durée	31
i. Intervention non médicamenteuse	31
3. Contexte épidémiologique et démographique du département	32
a. Démographie	32
b. Données épidémiologiques	33
c. Démographie des professionnels de santé	35
II. Promotion de l'activité physique.....	36
1. Recommandations en matière d'activité physique	36
2. Le cadre législatif et plans de santé pour la promotion de l'activité physique	37
a. Prémices d'une politique Sport et Santé.....	37
b. Les plans de santé pour la promotion de l'activité physique	38
c. Le cadre législatif actuel.....	40
d. Création de réseaux et labels pour la promotion de l'activité physique	40
3. De nombreux dispositifs pour l'activité physique adaptée en France	43
a. Échelle locale, communale et intercommunale.....	44
b. Échelle départementale et infra-départementale.....	44
c. Échelle régionale	45
4. Focus sur les Pyrénées-Orientales.....	46
Le dispositif Bougez sur Ordonnance 66.....	46
Rugby à 5 Santé par USAP Solidaire	47
Occitanie Sport Santé.....	47
Mobil'Sport 66.....	48
La FFEPGV et le programme Gym après cancer	48
Equilibre 66.....	49

5.	La place du médecin généraliste et la prescription d'activité physique.....	49
III.	Etude personnelle	51
1.	Objectif	51
2.	Matériel et méthodes	51
a.	Matériel.....	51
b.	Méthode	51
3.	Résultats	52
4.	Discussion	64
a.	Justification de la thèse.....	64
b.	Limites de l'étude	64
c.	Analyse des freins à la prescription	65
c.	Perspectives à l'issue de l'étude	69
d.	Soirée Sport Santé du 14 Juin 2021.....	69
IV.	Conclusion	70
	BIBLIOGRAPHIE	71
	ANNEXES	77
	Résumé.....	93

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

ANSES : Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du Travail

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

APS : Activité Physique et Sportive

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CEPS : Comité Economique des Produits de Santé

CNOSF : Comité National olympique et Sportif Français

DRAJES : Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

INM : Interventions Non Médicamenteuses

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MET : Metabolic Equivalent of Task

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONAPS : Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité

PAP : Prescription d'Activité Physique

PNAPPA : Plan national d'Action de Prévention de la Perte d'Autonomie

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PNSSBE : Plan National Sport Santé Bien-Etre

RSA : Revenu de Solidarité Active

SFMES : Société Française de Médecine du Sport

I. Introduction

1. Avant-propos

Les pathologies chroniques occupent une place de plus en plus importante au sein de notre pratique médicale.

En 2019, l'Inserm estime qu'un français sur quatre souffre d'une maladie chronique avant 65 ans, et le nombre s'élève à trois sur quatre après 65 ans (1). Avec l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées atteintes par les pathologies chroniques ne cesse de progresser.

Selon le rapport de l'OMS de 2010 (2), un large pourcentage des maladies chroniques est accessible à la prévention en menant des actions sur quatre facteurs de risque principaux : consommation de tabac, inactivité physique, consommation d'alcool et mauvaise alimentation. Le manque d'activité physique est reconnu pour être le deuxième facteur de risque commun de pathologies chroniques évitables, après le tabac.

La sédentarité, qui se caractérise par des périodes prolongées de très faible dépense énergétique en situation d'éveil, est également en relation avec la mortalité générale et l'incidence de maladies chroniques. Les effets délétères de la sédentarité sont principalement marqués au-delà de sept heures par jour passées en position assise, ou trois heures par jour passées devant la télévision. (3)

On considère aujourd'hui que la sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial (2). Elle progresse dans de nombreux pays, avec une incidence majeure sur la prévalence des maladies non transmissibles et sur la santé générale des populations et contribue à une augmentation démontrée de la morbi-mortalité.

En 2008, l'Inserm publie un premier rapport (4) pour répondre à la demande du ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative concernant l'activité physique, son contexte et ses effets sur la santé. Ce travail s'appuie sur les données scientifiques disponibles et près de 2 000 articles ont constitué la base documentaire de cette expertise.

C'est dans ce contexte que la promotion de l'activité physique et sportive est devenue ces

dernières années un véritable enjeu de santé publique, prenant ainsi sa place dans l'arsenal thérapeutique non médicamenteux, en particulier dans la prise en charge des pathologies chroniques, mais également en prévention primaire.

Ses bénéfices sur la santé sont largement prouvés par de nombreuses études nationales et internationales (5). Cependant, la pratique d'une activité physique régulière reste trop faible pour une grande partie de la population et trop souvent négligée.

En effet, d'après l'étude ESTEBAN (6), en 2015, seuls 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique, soit 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue par semaine pour les personnes âgées de 18 à 64 ans (2).

Une loi de modernisation du système de santé (7), promulguée le 26 janvier 2016 comporte un premier article qui reconnaît l'activité physique comme outil de santé publique.

L'article 144 habilite les médecins à prescrire une activité physique, en accord avec le patient atteint d'une affection de longue durée, et au vu de sa pathologie, de ses capacités physiques et du risque médical qu'il présente.

Le médecin généraliste occupe un rôle central dans la prise en charge des maladies chroniques, tant en prévention primaire qu'en prévention secondaire.

Cependant, malgré la mise en vigueur le 1er mars 2017 d'un décret (8) venant compléter l'article initial, il semblerait qu'aujourd'hui encore il soit méconnu ou inutilisé par une majorité des praticiens généralistes, bien que peu de données existent à ce sujet.

L'enjeu de ma thèse est de montrer la place réelle de l'activité physique et sa prescription en médecine générale et j'ai souhaité pour cela objectiver les habitudes et la pratique des médecins généralistes quant à la prescription d'activité physique par une étude quantitative.

J'ai, depuis le début de mon internat, effectué plusieurs stages à Perpignan et de nombreux replacements dans tout le département des Pyrénées Orientales.

J'ai pu constater que la prescription d'activité physique est loin d'être pratique courante, malgré les nombreuses possibilités d'activité physique qu'offre ce territoire, entre montagne et mer. Les prescriptions médicamenteuses occupent une place majeure dans la médecine actuelle et les

interventions non médicamenteuses, dont fait partie l'activité physique, ne sont que très peu utilisées. Les patients y sont peu sensibilisés et sont globalement réticents au fait d'être traités autrement que par des médicaments.

J'ai également constaté que les médecins n'ont, pour la plupart, pas l'habitude de faire appel aux interventions non médicamenteuses non plus.

J'ai choisi de cibler mon travail sur le versant des médecins plutôt que des patients, et uniquement dans ce département, qui me tient tant à cœur.

De plus, les Pyrénées Orientales ne font l'objet d'encore aucune étude à ce sujet.

Actuellement, la prescription d'activité physique fait l'objet de nombreux projets, sur le plan national, régional, départemental et elle dépend énormément d'un maillage loco-régional et des actions et dispositifs qui y sont mis en place. Elle peut varier énormément d'une zone à une autre, et il m'a donc paru important de restreindre mon champ de recherche à ce département afin d'être la plus juste possible.

2. Définition des concepts

a. Activité physique

L'activité physique (AP) est définie comme « tout mouvement corporel produit par contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos » (9).

L'AP regroupe l'ensemble des activités qui peuvent être pratiquées dans différents contextes, en poursuivant des objectifs variés (utilitaires, sanitaires, sociaux, etc.). Les principaux contextes de pratique d'AP sont le travail, les transports, les activités domestiques et les loisirs. Ces derniers incluent l'exercice, le sport et l'AP de loisir non structurée. (10)

L'ANSES classe les activités physiques en 5 grandes catégories en fonction de leur intensité, estimée en MET (Metabolic Equivalent Task : unité indexant la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos) qu'elle détaille dans l'actualisation des repères du PNNS de février 2016 :

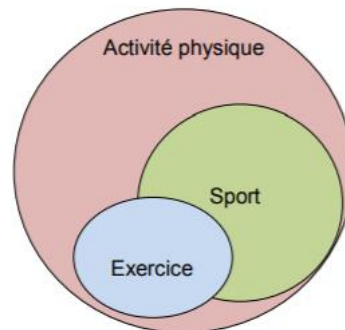
- activités sédentaires < 1,6 MET ;
- 1,6 MET ≤ activités de faible intensité < 3 METs ;
- 3 METs ≤ activités d'intensité modérée < 6 METs ;
- 6 METs ≤ activités d'intensité élevée < 9 METs ;

- activités d'intensité très élevée ≥ 9 METs.

b. Sport

Comme le souligne l'Anses (10), activité physique et sport ne sont pas synonymes, de même que le terme d' « exercice ».

Le sport peut être défini comme « activité physique planifiée, structurée, répétitive dont l'objectif est l'amélioration ou le maintien d'une ou plusieurs composantes de la condition physique » (9)



Définition des sous domaines de l'AP

c. Inactivité physique

L'inactivité physique est définie comme un niveau insuffisant d'AP, soit d'un niveau inférieur à un seuil d'AP recommandé. Les seuils définis par l'OMS (2) sont 150 minutes d'AP d'intensité modérée par semaine ou 75 minutes d'AP d'intensité soutenue par semaine pour les adultes et 60 minutes par jour pour les enfants et adolescents.

d. Sédentarité

La sédentarité est définie par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible (inférieure à 1,5 MET) en position assise ou allongée. Elle fait donc référence aux activités qui n'augmentent pas la dépense énergétique sensiblement au-dessus du niveau de repos et comprend des activités comme être assis, allongé, regarder la télévision ou autres écrans.(11) La

sédentarité est donc à bien différencier de l'inactivité physique et présente ses propres effets sur la santé.(12)

e. Activité physique adaptée

L'article L. 1172-1 (13) de la « Loi de modernisation de notre système de santé » définit l'activité physique adaptée comme « la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. »

« La dispensation d'une activité physique adaptée (APA) a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risques et les limitations fonctionnelles liés à l'affection chronique ou transitoire dont elle est atteinte. » (8)

Il ne s'agit pas d'actes de rééducation, qui sont eux réservés aux professionnels de santé. (14)

f. Sport santé

La Société Française Sport Santé (SF2S) a défini le sport santé comme « l'organisation territoriale permettant de rendre accessible un parcours éducatif de santé autour du projet sportif personnalisé pour les publics à besoins particuliers éloignés de la pratique d'activités physiques ou sportives » ainsi que « l'ensemble des relations positives entre la pratique des activités physiques et sportives et la santé physique, morale et sociale, en tenant compte des risques liés à leurs pratiques ».(15)

g. Pathologie chronique

La définition retenue par le Haut Conseil de la santé publique (16) est celle proposée par les auteurs du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 (17)

La pathologie chronique est « caractérisée par :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;

- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
 - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,
 - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social. »

h. Affection Longue Durée

« Une ALD est une affection de longue durée qui, si elle nécessite des soins continus (et/ou un arrêt de travail) de plus de six mois, implique des dispositions médico-administratives particulières. Ces dispositions concernent le patient, son médecin traitant et la caisse d'Assurance Maladie, notamment les médecins-conseils. » (18)

Il existe deux types d'ALD : l'ALD exonérante pour laquelle le malade voit tous les soins qui se rapportent à cette affection pris en charge à 100% et l'ALD non-exonérante, pouvant être attribuée à des patients qui nécessitent une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible égale ou supérieure à 6 mois.

Une personne peut bénéficier de l'exonération du ticket modérateur si elle est atteinte :

- « - d'une affection inscrite sur une liste dans le Code de la Sécurité Sociale (liste ALD 30) ;
- ou d'une affection « hors liste » (ALD 31), c'est-à-dire d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas sur la liste des ALD, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- ou de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD 32), nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois. » (19)

i. Intervention non médicamenteuse

Selon la Plateforme universitaire CEPS, plateforme innovante réfléchissant aux méthodologies d'évaluation et de surveillance des INM, une intervention non médicamenteuse « est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science.






Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé.

Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés.

Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socio-économiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques. » (20) (21)

« Les INM sont des solutions de santé qui ont fait l'objet d'études démontrant un bénéfice sur la santé, l'autonomie et la qualité de vie et identifiant les risques pour la santé. Elles sont le plus souvent dispensées par un professionnel. » (22)

La plateforme CEPS différencie 5 catégories et 20 sous-catégories :

 Psychologiques	 Physiques	 Nutritionnelles	 Numériques	 Élémentaires
Art Thérapies	Programmes d'activité physique	Compléments alimentaires	m-Santé	Préparations minérales
Programmes d'éducation santé	Hortithérapies	Programmes nutritionnels	Thérapies par le jeu vidéo	Préparations mycologiques
Psychothérapies	Physiothérapies		Thérapies par la réalité virtuelle	Préparations botaniques
Pratiques psychocorporelles	Thérapies manuelles			Méthodes électromagnétiques
Thérapies assistées par l'animal	Programmes balnéologiques			Cosmécéutiques



3. Contexte épidémiologique et démographique du département

a. Démographie

L'Occitanie est la deuxième plus vaste région de France. Elle couvre 72 724 km² et se compose de 13 départements et 4 565 communes. (23)

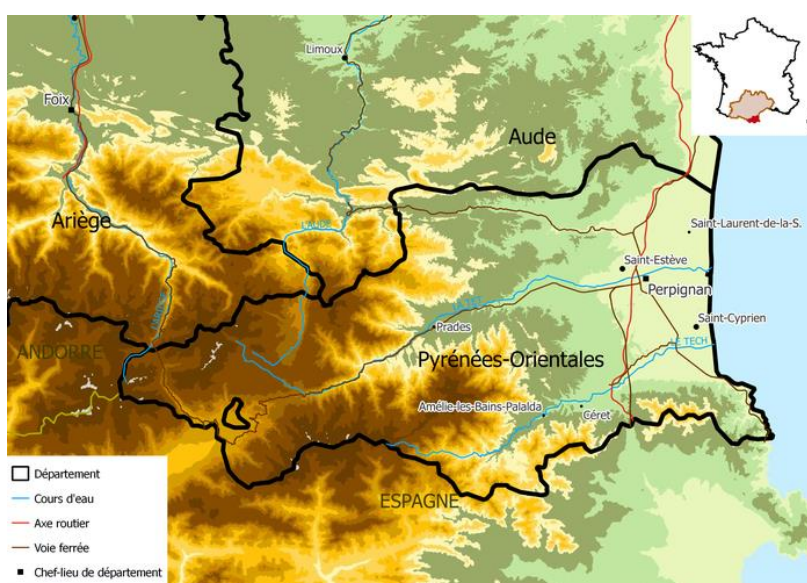
Avec plus de 5,8 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2018, la région Occitanie est la 5e région la plus peuplée. Néanmoins, sa densité de 79 habitants au km², nettement inférieure à la moyenne nationale (116 hab./km²), la place au 12e rang des régions françaises les plus denses. (24)

Elle comprend 13 départements : Ariège (09), Aude (11), Aveyron (12), Gard (30), Haute-Garonne (31), Gers (32), Hérault (34), Lot (46), Lozère (48), Hautes-Pyrénées (65), Pyrénées-Orientales

(66), Tarn (81), Tarn-et-Garonne (82).

Le département des Pyrénées Orientales compte 476 357 habitants au 1er janvier 2018 d'après les données de l'Insee.

Les Pyrénées Orientales, faisant 4116 km², sont un département de petite superficie. Il s'agit du département le plus méridional de la région Occitanie mais également de la France métropolitaine. Il est bordé à l'est par la Méditerranée et frontalier au sud avec l'Espagne. Le massif des Pyrénées comprend une majorité du territoire mais le département bénéficie également du littoral méditerranéen. (25)



Le département compte davantage de personnes âgées que le reste de la région et de la France. « Avec un âge moyen de 43,2 ans en 2012, les Pyrénées-Orientales sont nettement au-dessus de la moyenne régionale (41,8 ans) et de celle de France métropolitaine (40,1 ans). Les seniors sont particulièrement nombreux dans le département : 30 % des habitants ont 60 ans ou plus contre 24 % en France métropolitaine. En contrepartie, la part des moins de 30 ans est plus faible. Les 15-29 ans sont moins représentés dans le département, 15 % de la population des Pyrénées-Orientales, alors que cette part atteint 18 % en France métropolitaine » (25)

b. Données épidémiologiques

Les conditions sociales et économiques interagissent et influencent l'état de santé des populations. Si l'état de santé de la population s'est globalement amélioré, des disparités

sociales significatives demeurent en matière de santé en France, appelées « gradient social » des inégalités de santé. C'est le cas des Pyrénées Orientales.

Le département compte parmi ceux où la situation sociale est la plus défavorable en France.

À titre d'exemple, le taux de chômage relevé dans les classes défavorisées est plus de deux fois plus élevé que dans les classes les plus favorisées (21,0 % au recensement de la population 2012 contre respectivement 8,8 % ; 13,2 % en France entière) et le taux d'allocataires du RSA y est de l'ordre de quatre fois plus élevé (respectivement 17,8 % contre 4,2 % ; 8,7 % en France) (26).

Beaucoup des déterminants de la santé tels que la nutrition, l'activité physique et la consommation de tabac, sont également échelonnés selon ces gradients sociaux.

Typologie sociale communale



- **Classe A** - Situation sociale la plus favorisée, avec les plus faibles taux de chômage, d'allocataires et de fécondité des femmes de 12-19 ans, et plus de familles d'actifs occupés (dont la PCS est plus souvent favorisée).
- **Classe B** - Situation sociale favorisée, avec moins de personnes vivant de manière isolée (parts plus faibles de personnes de 25-59 ans, de 75 ans et plus et de familles monoparentales) et moins de cadres et PIS*.
- **Classe C** - Situation sociale plutôt favorisée, avec des parts très élevées de cadres et PIS*, de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 et une part plus faible de foyers fiscaux non imposés.
- **Classe D** - Situation sociale contrastée, avec des parts élevées de cadres et PIS* et de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 et certains indicateurs sociaux plutôt défavorables.
- **Classe E** - Situation sociale intermédiaire, avec plus de professions intermédiaires parmi les actifs occupés, de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 et un peu plus de personnes vivant de manière isolée.
- **Classe F** - Situation sociale intermédiaire, avec plus d'agriculteurs exploitants et d'ouvriers parmi les actifs occupés, plus de foyers fiscaux non imposés et moins de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2.
- **Classe G** - Situation sociale défavorable, avec moins d'actifs, plus de chômage, d'allocataires, de foyers fiscaux non imposés et avec une part de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 particulièrement faible.
- **Classe H** - Situation sociale la plus défavorable, avec notamment les plus forts taux de chômage, d'allocataires, de jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés et de fécondité des femmes de 12-19 ans.

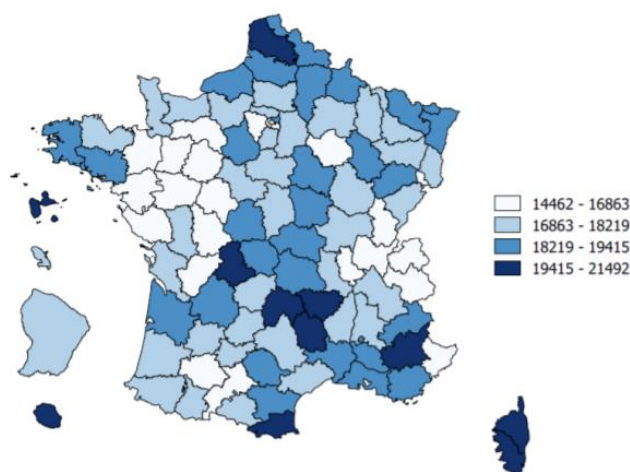
* professions intellectuelles supérieures, parmi les actifs occupés.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • CCMSA; CNAF; ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP; état civil; RP 2006 à 2012 (INSEE); exploitation FNORS.

« À l'âge adulte, la proportion des personnes dans le quintile le moins favorisé qui atteint l'objectif du Programme national nutrition santé de consommation d'au moins 5 fruits et légumes par jour est de 11 % contre 18 % dans le quintile le plus favorisé. L'activité physique régulière est pratiquée par 67 % des personnes dans le quintile le plus favorisé contre 30 % chez celles qui le sont le moins. » (26)

En 2017, 10,7 millions de personnes bénéficient du dispositif des ALD, soit 17,3% de la population du régime général de l'Assurance Maladie. En 2017, les affections les plus représentées parmi les personnes qui bénéficient du dispositif des ALD sur liste pour le régime général sont le diabète (2,7 millions ; 26,0%), les tumeurs malignes (2,1 millions ; 20,7%) et les affections psychiatriques (1,4 million ; 13,5%). Par ailleurs, l'ensemble des maladies cardio-neurovasculaires concernent 36,9% (soit 3,8 millions) des bénéficiaires du dispositif des ALD sur liste. (27)



Prévalence des ALD par département en 2017 (pour 100 000 personnes du régime général)

c. Démographie des professionnels de santé

D'après un recensement de 2018 (28), les Pyrénées Orientales comptent 493 médecins généralistes pour une population de 481 691 habitants, soit une densité de 102,3 médecins /100 000 habitants, pour une moyenne nationale de 78,6 médecins /100 000 habitants.

Cette densité de médecins place le département en 6^e position en France, après les Hautes Alpes, la Haute Vienne, les Alpes Maritimes, les Bouches du Rhône et la Savoie.

II. Promotion de l'activité physique

1. Recommandations en matière d'activité physique

L'OMS a mis au point les Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé selon trois groupes d'âge : les 5-17 ans, les 18-64 ans et les plus de 64 ans. (2)

Elles ont été mises à jour en 2020, avec des précisions concernant la pratique d'une activité à intensité soutenue, qui apporterait des bénéfices complémentaires aux activités d'endurance.

- De 5 à 17 ans :

« Les enfants et les adolescents devraient pratiquer au moins 60 minutes par jour en moyenne d'activité physique essentiellement aérobique d'intensité modérée à soutenue et ce, tout au long de la semaine.

Des activités aérobiques d'intensité soutenue, ainsi que des activités qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être intégrées au moins trois fois par semaine.»

- De 18 à 64 ans :

« Les adultes devraient pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobique d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobique d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé.

Les adultes devraient également pratiquer des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires deux fois par semaine ou plus, au vu des bénéfices supplémentaires que ces activités apportent sur le plan de la santé.

- A partir de 65 ans et plus :

« Les personnes âgées devraient pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobique d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobique d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé.

Les personnes âgées devraient également pratiquer des activités de renforcement musculaire

d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires deux fois par semaine ou plus, au vu des bénéfices supplémentaires que ces activités apportent sur le plan de la santé.

Dans le cadre de leur activité physique hebdomadaire, les personnes âgées devraient pratiquer des activités physiques variées et à plusieurs composantes qui mettent l'accent sur l'équilibre fonctionnel et des exercices de force d'intensité modérée ou supérieure, trois fois par semaine ou davantage, afin d'améliorer leur capacité fonctionnelle et de prévenir les chutes. »

Il est de plus recommandé, quel que soit l'âge, de limiter le temps de sédentarité au maximum. L'activité physique, même de faible intensité, apporte des bénéfices.

Et « pour contribuer à réduire les effets néfastes pour la santé d'un niveau de sédentarité élevé, les adultes devraient viser à dépasser les niveaux recommandés d'activité physique d'intensité modérée à soutenue. »

2. Le cadre législatif et plans de santé pour la promotion de l'activité physique

a. Prémices d'une politique Sport et Santé

En 1952, le Dr Encausse publie l'ouvrage « Sport et santé » (29), qui est le premier ouvrage du genre publié par un haut fonctionnaire du ministère. Elle occupe toujours les fonctions de chef des services médicaux de la Direction Générale de la Jeunesse et des Sports qui était sous la direction du ministère de l'Éducation nationale.

C'est grâce à une action ministérielle qu'elle a menée que la problématique de l'éducation physique, du sport et de la santé de la jeunesse connaît une sorte d'apogée. (30)

Progressivement, le sport se démocratise et on observe en France de plus en plus de sportifs, qu'ils soient licenciés en club ou qu'ils s'auto-déclarent comme tels, et la notion de « sport pour tous » fait son apparition.

Au milieu des années 1970, la loi « relative au développement de l'éducation physique et du sport » du 29 octobre 1975, dite « loi Mazeaud » (31), marque une étape importante dans la législation du sport. Elle vise à encadrer et accompagner d'un point de vue organisationnel l'évolution de l'activité sportive en France.

Cependant, cette loi n'aborde pas encore la relation entre sport et santé.

S'ensuit la « Loi Avice » du 16 juillet 1984 (32) visant à promouvoir le sport et l'activité physique.

Les initiatives ministérielles se multiplient, en faveur d'une activité physique et sportive pour le plus grand nombre, mais la problématique de la santé n'est pas encore au cœur de ces actions. La première mention détaillée de la santé se trouve dans le « Rapport annuel » publié par le ministère en septembre 1996. On y apprend que la « Mission de médecine du sport et de la lutte antidopage » s'est engagée en 1995 en faveur de la pratique sportive et notamment dans un but de santé (33).

A partir des années 2000, la notion de sport santé est de plus en plus présente, apparaissant dans plusieurs rapports ministériels visant à « promouvoir les activités physiques et sportives en tant que facteur positif de santé tout en maîtrisant les risques sanitaires liés à ces pratiques » (34) ou encore « la promotion de la santé par le sport » (35).

b. Les plans de santé pour la promotion de l'activité physique

L'activité physique constitue un déterminant reconnu pour l'amélioration de la santé et est promue dans différents plans de santé comme dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS), du Plan National Sport, Santé, Bien-être (PNSSBE) ou encore du Plan national d'action de la Prévention de la Perte d'Autonomie (PNAPPA) (36).

De nombreux plans ont ainsi été proposés, dont voici les principaux.

PNNS 2001-2005

Les autorités de santé développent des politiques visant à promouvoir l'activité physique et la lutte contre la sédentarité. La France a commencé au début des années 2000 avec le Plan National Nutrition Santé (PNNS) (37) qui a fait de la lutte contre le surpoids et l'obésité une cause nationale.

PNNS 2011 – 2015

L'activité physique est devenue un axe à part entière du PNNS entre 2011 et 2015 et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) actualise en 2016 les repères du PNNS relatifs à l'activité physique et la sédentarité. Il y est alors

déclaré que « les bénéfices de la pratique d'une activité physique, adaptée si nécessaire, l'emportent sans conteste sur les risques encourus, quel que soit l'âge et l'état de santé des personnes. » (10)

PNAPS 2008

Le Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive de 2008 (38) propose des actions de promotion des APS et de renforcer, autour de cette offre diversifiée d'APS, les interactions entre système éducatif, associations, clubs sportifs et collectivités territoriales. Il recommande le développement d'AP adaptée aux personnes atteintes de maladies chroniques, de maladies rares ou de handicap, et la création de projets sport santé.

PNSSBE 2012

Le Plan National Sport, Santé, Bien-être (PNSSBE), co-piloté par le ministère chargé des sports et le ministère chargé de la santé, a fait l'objet d'une instruction commune n° DS/DSB2/SG/DGS/2012/434 (39) du 24 décembre 2012, adressée aux ARS et DR-D-JSCS, leur demandant de lancer la constitution de réseaux sport santé bien-être au niveau régional, en mettant à profit les ressources humaines et financières des deux côtés.

Il a permis, pour la toute première fois, de promouvoir, en tant que telles, les activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé pour tous et à tous les âges de la vie.

Il fait naître le terme de « sport santé bien-être » et l'état reconnaît l'activité physique comme un « outil majeur de la politique de santé publique ».

Plan Régional Sport, Santé, Bien-être 2019-2024

Il découle de l'instruction interministérielle du 24 décembre 2012.

Au niveau régional, ce plan a vocation à s'articuler avec le projet d'action stratégique de l'État (PASE), le projet régional de santé (PRS) de l'ARS Occitanie 2019-2022.

« L'objectif général du plan est de promouvoir l'activité physique et lutter contre la sédentarité, dans une optique de prévention et/ou comme thérapeutique non médicamenteuse. Il s'agit de « bouger plus pour vivre mieux ! »

6 grands objectifs sont poursuivis et constituent les grands axes de ce plan :

- Prévenir l'obésité et la sédentarité chez les enfants et les jeunes,
- Valoriser l'activité physique comme facteur de santé et de bien-être en milieu professionnel,

- Favoriser la pratique d'une activité physique comme facteur d'insertion sociale pour les publics en situation de précarité,
- Améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap,
- Promouvoir l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse pour les personnes atteintes d'une pathologie chronique,
- Lutter contre la dépendance et la perte d'autonomie. » (40)

c. Le cadre législatif actuel

Le 26 janvier 2016 a été promulguée la « loi de modernisation de notre système de santé » (7). Cette loi comporte un premier article qui reconnaît l'activité physique comme outil de santé publique et l'article 144 (41) habilite les médecins à prescrire une activité physique, en accord avec le patient atteint d'une affection de longue durée, et au vu de sa pathologie, de ses capacités physiques et du risque médical qu'il présente.

Pour aider à l'application de cette loi, le décret n°2016-1990 (8), mis en vigueur le 1^{er} mars 2017 et relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, vient compléter l'article initial et précise certaines modalités d'application.

Le dispositif est entré en vigueur le 3 mars 2017 par une instruction N°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 (42) qui a été adressée aux Agences Régionales de Santé et à la Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports (DRAJES), anciennement Direction Régionales de la jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS).

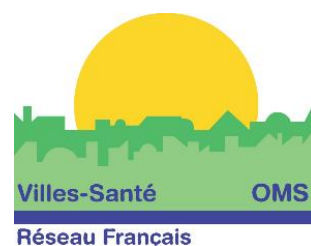
d. Création de réseaux et labels pour la promotion de l'activité physique

Le réseau des Villes-Santé

Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS a été formellement créé en janvier 1990. Les buts de celui-ci sont :

« - soutenir et développer le Réseau français des Villes-Santé, en référence aux objectifs du programme européen Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé,

- permettre une coopération entre ces villes, notamment des échanges d'expériences, des



échanges de données, des rencontres, des actions communes. » (43)

En janvier 2020, 86 villes et 6 intercommunalités sont membres du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS.

La ville de Perpignan en fait partie depuis 1997.

Le réseau des Villes Sport-Santé sur ordonnance

Il s'agit d'un réseau national en faveur du développement du sport-santé sur ordonnance, sous l'égide des Villes santé de l'OMS, mis en place lors des premières Assises européennes qui ont eu lieu à Strasbourg en octobre 2015. (27)

Le label Ville Vivez Bougez

La DRJSCS (maintenant DRAJES, Délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports depuis 2021) a mis en place en 2009 un processus de labellisation intitulé « Ville Vivez Bougez » afin d'accompagner les collectivités locales qui souhaitent mettre en place des activités, dans le but de promouvoir la santé par la pratique d'une activité physique.



Le label Ville Vivez Bougez a pour objectif général d'impulser et d'accompagner des actions sport et santé auprès de publics cibles résidant sur le territoire d'une commune ou d'une communauté de communes.

Plusieurs catégories de personnes sont ciblées par les actions mises en place dans le cadre de ce label, dont les personnes atteintes de maladies chroniques.

« Les actions Ville Vivez Bougez se donnent pour objectifs de :

- favoriser la mise en place d'activités physiques et sportives adaptées aux publics cibles
- promouvoir les actions inscrites dans le cadre du label
- développer les compétences des intervenants en activité physique et sportive
- promouvoir le label auprès de la population du territoire
- créer un réseau des villes labellisées » (44)

Les structures éligibles (communes, agglomérations, métropoles, communautés de communes, communautés d'agglomérations et pays) font acte de candidature auprès de la DRJSCS. Le label Ville Vivez Bougez s'inscrit dans une démarche de qualité qui s'appuie sur 3 processus successifs de mise en œuvre : labellisation, développement, renouvellement, faisant l'objet de procédures de suivi multiples. En ce sens, toute structure labellisée ou désireuse de l'être, doit faire preuve de détermination, d'autonomie et d'initiatives pour mener les actions inscrites ou non au

répertoire du label.

Les Maisons Sport Santé

Le 14 janvier 2020, le Ministère des solidarités et de la santé et le Ministère des sports ont dévoilé la liste des 138 premières Maisons Sport-Santé certifiées et 288 sont actuellement reconnues sur l'ensemble du territoire.



« Les Maisons Sport Santé ont pour but d'accueillir et d'orienter les personnes souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, quel que soit leur âge.

Ces personnes, notamment celles orientées sur prescription médicale, seront prises en charge et accompagnées par des professionnels de la santé et du sport dans des espaces physiques abrités au sein de différentes structures (associations, établissements sportifs, centres de santé, hôpitaux, structures itinérantes...). Les Maisons Sport Santé peuvent également prendre la forme de plateformes internet et de dispositifs numériques. Chacune bénéficiera d'un programme sport-santé personnalisé qui répondra à ses besoins particuliers et lui permettra de s'inscrire dans une pratique d'activité physique et sportive durable. » (45)

Les Maisons Sport Santé peuvent être :

- Des établissements publics

Afin de favoriser la pratique d'activité physique et sportive pour tous à des fins de santé, le CREPS Auvergne-Rhône-Alpes / Vichy accueille des publics ayant besoin d'accompagnement dans la reprise d'une activité physique et sportive. L'équipe pluridisciplinaire du Pôle Médical Sportif réalise différents bilans (clinique, épreuve d'effort, analytique, entretien motivationnel) et met en œuvre des programmes personnalisés sport santé. Des dispositifs ponctuels sont également proposés : découverte du vélo à assistance électrique, journée test de condition physique, semaine sport santé pour les écoles primaires, pôle Actif Ados pour jeunes en situation de surpoids... (46)

- Des sociétés, salles de sports privées

Depuis 2014, l'association « Mon Stade » propose dans ses espaces du 13ème arrondissement de Paris ou sur le lieu de travail (entreprises et administrations) des services d'accompagnement

individuels pour évaluer (bilans de condition physique) et améliorer durablement la condition physique ainsi que des actions d'éducation à la santé et un programme passerelle d'activités physiques en ambulatoire, individualisé, structuré et éducatif (47).

- Des associations sportives

L'UFOLEP 78 et ses partenaires créent un lieu dédié à l'information, la promotion et l'accompagnement vers des activités physiques adaptées qui proposera notamment des ateliers d'APA Sport Santé intégrés dans un parcours de santé afin d'accompagner et d'encourager les personnes intéressées vers une pratique d'activité physique adaptée, régulière et pérenne sur le long terme. Une structure itinérante sera développée pour les territoires non-couverts par les antennes de la Maison Sport-Santé (48).

Dans le département, seules deux structures ont pour le moment reçu le label de Maison Sport-Santé : le pôle pédiatrique de l'ALEFPA (association laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie) à Cabestany et la Maison Sport-Santé ALEFPA Pyrénées Catalanes à Osseja.

3. De nombreux dispositifs pour l'activité physique adaptée en France

Il existe un foisonnement d'initiatives avec des structures portant les dispositifs qui peuvent être locales, autour d'une maison ou d'un pôle de santé, communales (ville, communauté de communes, agglomération, métropole) ou territoriales (ville, communauté de communes, agglomération, métropole, département, région).

Une étude de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) dont l'objectif était d'établir un état des lieux des initiatives locales et institutionnelles en matière de prescription d'activité physique en France a été publiée en octobre 2019 (27).

Sur les 96 dispositifs retenus dans l'enquête au 31 mars 2019 :

- 53 ont un périmètre d'action d'échelle locale, communale ou intercommunale
- 34 ont un périmètre d'action d'échelle départementale ou infra-départementale : les dispositifs portés par les centres hospitaliers couvrent notamment des territoires dépassant nettement l'échelle de la commune sans pour autant couvrir l'ensemble du département
- 9 ont un périmètre d'action d'échelle régionale

a. Échelle locale, communale et intercommunale

67% de ces dispositifs se déploient sur des villes et communautés de communes de 20 000 à 150 000 habitants et 24% sur des villes de moins de 20 000 habitants.

Les structures qui portent les dispositifs d'activité physique sur prescription à cette échelle sont à 43 % des communes appartenant au Réseau des villes sport-santé sur ordonnance des Villes-Santé de l'OMS, coordonné par la ville de Strasbourg.

Au niveau local, l'initiative est parfois portée par des pôles de santé (PS), des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou encore par des centres médico-sportifs (CMS), des clubs omnisports, des offices municipaux des sports ou un réseau de santé et sport santé étroitement soutenus par la ville.

Le programme « Sport santé sur ordonnance » à Strasbourg

Strasbourg, ville pionnière, a lancé son dispositif innovant à l'automne 2012, et organisé les premières Assises du sport santé sur ordonnance en octobre 2015.

Mis en place depuis 2012, en collaboration avec l'ARS, la caisse locale d'assurance maladie, la préfecture du Bas-Rhin depuis 2012 et le réseau de médecins généralistes, ce dispositif s'est démarqué par la gratuité des activités pour les patients, puisqu'il était pris en charge financièrement et matériellement par la Ville de Strasbourg, la DRDJSCS Grand Est, l'ARS, le régime local d'Alsace Moselle et les hôpitaux universitaires de Strasbourg. En 2018, 1400 patients avaient participé aux dispositifs et on comptait 300 médecins prescripteurs. (49) Ce dispositif de Sport-santé sur ordonnance de Strasbourg (SSsO) a ensuite été étendu à plusieurs autres communes du réseau français des Villes-Santé de l'OMS.

b. Échelle départementale et infra-départementale

La majorité des dispositifs départementaux sont portés par les comités départementaux olympiques et sportifs (CDOS) souvent administrateurs de plateformes sport santé développées dans le cadre du plan national sport santé bien-être de 2012, mais également par des réseaux santé et sport santé, des établissements de santé, certaines fédérations sportives, ou des groupements d'employeurs, associations permettant de mutualiser l'emploi de professionnels de l'APA sur plusieurs communes notamment.

C'est le cas de Profession sport 66, une association intermédiaire ayant pour objet, l'accueil, l'accompagnement et la mise à disposition à titre onéreux de personnel sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières afin de faciliter leur insertion professionnelle. (50)

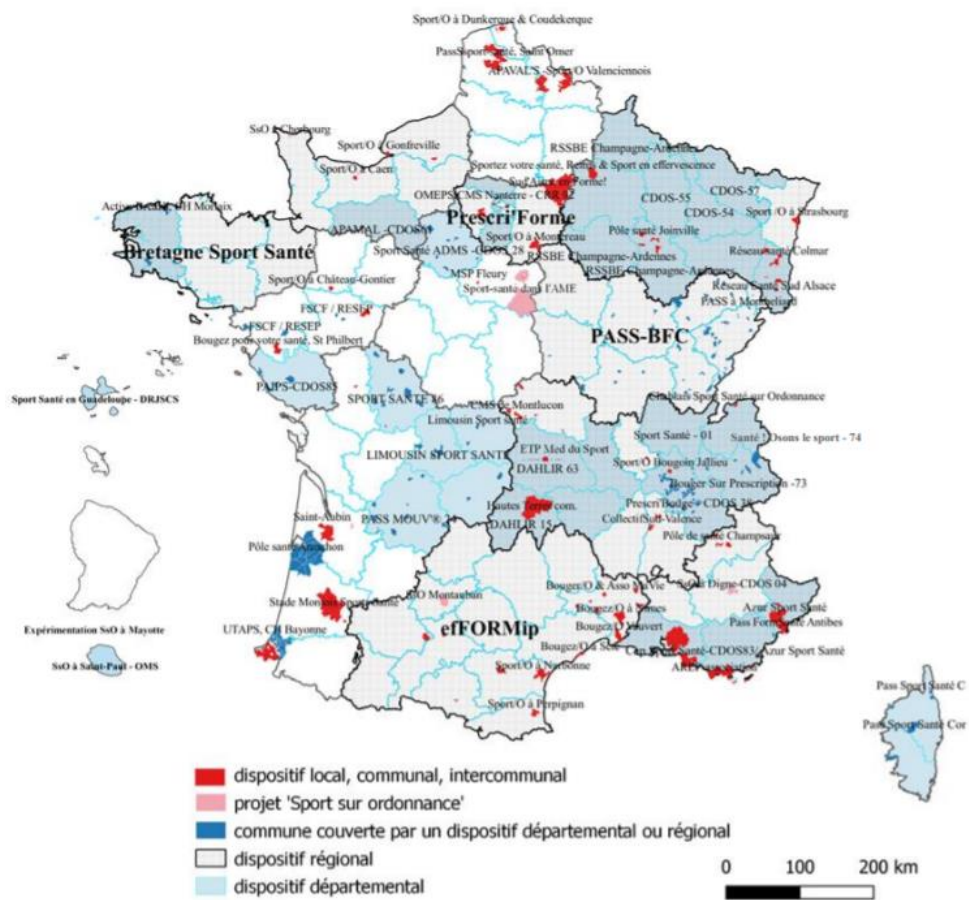
c. Échelle régionale

Les institutions régionales, notamment les ARS et la DRAJES, sont très impliquées dans la promotion des APS pour la santé et le développement de la prescription médicale d'activité physique sur leur territoire, sous l'impulsion du décret du 30 décembre 2016. Elles ne coordonnent pas directement le parcours de soin du patient mais apportent un soutien logistique, organisationnel et financier aux coordonnateurs locaux.

Ainsi, la DRAJES d'Occitanie déploie son dispositif « Bougez sur ordonnance » en appuyant les initiatives et structures locales du sport santé comme, entre autres, à Alès, Bagnols-sur-Cèze, Carcassonne, Nîmes, Sauve, Sète ou encore Perpignan.

En Occitanie, il existe également un dispositif régional porté par l'association « efFORMip ». Son territoire d'action est l'ancienne région de Midi-Pyrénées. Le réseau efFORMip est apparu dans le PNNS comme une référence en la matière et repose notamment sur le recrutement de médecins et acteurs du sport santé à travers une formation commune à la prescription d'activité physique. (51)

Ces différentes échelles d'initiatives locales, communales, intercommunales, infra-départementales, départementales ou régionales s'articulent très souvent entre elles comme le montre la cartographie des dispositifs recensés par l'enquête de l'Onaps.



Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien Être

4. Focus sur les Pyrénées-Orientales

La Ville de Perpignan est membre du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS depuis 1997.

Le dispositif Bougez sur ordonnance 66

Bougez sur ordonnance est un dispositif de la Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES) Occitanie mis en place en 2014 dans la région. C'est un programme passerelle, véritable parcours de soins centré sur la personne et l'activité physique qui s'inscrit dans une démarche sécurité qualité. Il est intégré au label des « Villes Vivez Bougez ».



Bien que déployé dans de nombreuses villes et communes en France, il ne s'agit pas d'un

dispositif national.

« Bougez sur ordonnance » est porté dans le département des Pyrénées Orientales par la DRAJES Occitanie et mis en œuvre par Profession Sport 66, association proposant depuis de nombreuses années des programmes de prévention santé par l'activité physique sur le département.

Il vise à permettre aux patients en ALD d'accéder à une pratique d'activité physique et/ou sportive adaptée, sécurisante et intégrée à son projet de vie par un accompagnement éducatif et motivationnel, préventif et/ou thérapeutique.

L'objectif est de favoriser plus largement un mode de vie actif et de lutter contre la sédentarité.

Il s'agit d'un programme passerelle sur 10 semaines, financé par l'Etat via des subventions, qui s'articule en 3 temps :

- La prescription d'activité physique par le médecin généraliste, via une ordonnance-type disponible sur le site internet.
- La personne prend ensuite contact avec Profession Sport 66 qui réalise un entretien individuel initial avec entretien motivationnel, évaluation de la condition physique (test de marche, équilibre, force musculaire), questionnaire niveau d'Activité Physique, recommandations et remise d'un carnet de suivi de l'activité physique. La personne est ensuite orientée vers le programme de réhabilitation de 8 semaines comprenant : Renforcement musculaire, activités d'amélioration de la condition physique, marche, gym urbaine, activités d'endurance cardio-respiratoire ...
- Le programme se termine par un entretien individuel final et l'envoi d'un bilan de l'accompagnement au médecin prescripteur. A l'issue du programme de réhabilitation, le patient sera orienté vers un club sportif partenaire sensibilisé à l'accueil de personnes malades chroniques. Si autonomie insuffisante : possibilité de bénéficier d'un deuxième programme de réhabilitation.

Les outils du dispositif sont présentés en annexe.

Rugby à 5 Santé par USAP Solidaire

Il existe dans le département différentes associations sportives qui ont développé des sections sport santé, permettant d'accueillir des patients en ALD, comme l'USAP et son rugby à 5, ou le club de pentathlon.

Occitanie Sport Santé

Un site internet créé par l'ARS est actuellement en cours de développement. Il proposera une

cartographie des offres sport santé par région. (52)

Mobil'Sport 66

Mobil'Sport est une initiative portée par la Fédération Nationale du Sport en Milieu Rural.

Le comité Départemental du Sport en Milieu Rural des Pyrénées Orientales (CDSMR 66) travaille actuellement à la mise en place de ce projet dans le département, en vue de lutter contre les inégalités territoriales et de permettre un accès au sport-santé pour tous.

« L'idée du Mobil'Sport est de proposer aux territoires ruraux une prestation sportive via une structure mobile – un véhicule contenant du matériel sportif – et un éducateur sportif professionnel.

Le Mobil'Sport vient chez vous et s'installe sur les places et les salles des fêtes de villages, les cours d'écoles, les plateaux multisports, les parkings des Hébergements médicalisés pour personnes âgées (EHPAD) ou la cour des Instituts Médico-Educatifs (IME). » (53)

La FFEPGV et le programme Gym après cancer

La Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV) est une association à but non lucratif, plus connue sous l'appellation "Fédération de la Gymnastique Volontaire", ayant pour objectif, à partir de ses clubs, de développer la pratique du sport, la lutte contre la sédentarité et de diffuser des valeurs associatives auprès de tous les publics.

Le site internet de l'association répertorie tous les clubs partenaires du département qui permettent une dispense de l'APA. (54)

Afin d'assurer un meilleur suivi de ses programmes, la FFEPGV a créé la plate-forme nationale « I.programme ». Cette plate-forme participe à rendre visibles les actions territoriales menées en lien avec les programmes EPGV dans chaque territoire.

« Gym après cancer » est un programme passerelle d'activités physiques adaptées, destiné aux personnes atteintes de cancer en traitement et/ou en phase de rémission.

Ce programme vise l'amélioration de la condition physique des participants, leur autonomie de pratique physique, ainsi que l'adoption d'un mode de vie plus actif. Un des objectifs du programme vise les bienfaits de l'activité physique pour une santé globale, mais également pour lutter contre les effets néfastes liés à la pathologie ou aux traitements.

Un autre objectif est la lutte contre l'isolement social, puisqu'en effet, on note un déclin de la sociabilité des malades suite au diagnostic de la pathologie.

Le patient, muni d'un certificat médical signé par le médecin généraliste ou l'oncologue, doit payer une cotisation et peut ensuite participer aux différentes séances à raison de 2 séances en salle par semaine et d'une séance en extérieur. C'est un programme qui s'étale de septembre à juin, soit 36 semaines.

Equilibre 66

Equilibre 66 est une autre association, qui accueille des personnes âgées, avec de nombreux programmes de stimulation motrice pour lutter contre le risque de chute et permettre un maintien de l'autonomie. Depuis plus récemment, elle accueille également les femmes atteintes de cancer et leur propose également des programmes d'activité physique adaptée.

Cette liste est loin d'être exhaustive, et c'est un des principaux problèmes dans la prescription de l'activité physique adaptée, comme nous allons le voir après.

5. La place du médecin généraliste et la prescription d'activité physique

Il semble important de préciser les termes dans un premier temps. En effet, bien que l'expression « sport sur ordonnance » soit entrée dans le langage et comprise de tous, il est plus juste de parler de « prescription d'activité physique ». Comme défini précédemment, le sport n'est qu'une forme d'activité physique particulière et il existe diverses formes d'activités physiques dont l'objectif majeur est le bien-être et la santé.

Le terme « sport » est réducteur et peut faire peur ou décourager certains patients.

Le médecin a un rôle central dans la prise en charge des patients. Il est celui que les patients vont consulter le plus tout au long de leur vie, et a un rôle majeur en termes de prévention.

Comme décrit précédemment, l'activité physique tient une place primordiale dans la santé, que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire, et est considérée comme une thérapeutique à part entière.

Le médecin a pour rôle d'expliquer au patient ce qu'est l'activité physique et ses effets bénéfiques, de le rassurer sur ses capacités à pratiquer, de rechercher d'éventuelles limitations d'exercice avant d'adresser les patients à des professionnels formés.

L'interrogatoire des patients doit être précis et il convient également de réaliser un entretien

motivationnel afin d'obtenir l'adhésion la plus complète.

Concernant la prescription d'une activité physique adaptée, il existe des aides à la prescription pour le médecin.

La plus importante d'entre-elles est très certainement le Médicosport-Santé (55), développé avec le groupe VIDAL. Il s'agit d'un dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives, conçu par le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) avec la collaboration de la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport (SFMES).

Il rassemble les programmes sport-santé élaborés par la plupart des fédérations sportives et recense les caractéristiques de chaque discipline, les intérêts potentiels et impacts sur la santé du pratiquant d'un point de vue physique, physiologique, mental, ainsi que les conditions de pratique dans le cadre du sport santé.

En 2020 est parue la 4^e édition de ce VIDAL du Sport, comptant 50 fédérations sportives et près de dix familles de pathologies et états de santé traités.

En 2019, la HAS a publié un guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. (56)

Il comporte six chapitres :

- Connaissances générales sur l'AP et la santé ;
- Évaluation du niveau de risque cardio-vasculaire ;
- Repérage en population générale des patients à risque pour la pratique d'AP ;
- Evaluation médicale minimale avant conseils ou prescription d'AP ;
- Recommandations pour une consultation médicale d'AP et pour la réalisation d'examens complémentaires (dont l'épreuve d'effort) ;
- Consultation médicale d'AP.

La HAS a également édité des référentiels d'aide à la prescription d'activité physique, destinés aux médecins, pour faciliter la prescription en fonction de différents types de pathologie.

Puis, en mars 2020, la Revue du Praticien, organe majeur de la formation continue des médecins, publie un dossier intitulé « Ordonnance de prescription de l'activité physique ; Des recommandations existent qu'il faut s'approprier » (57) en vue d'expliquer de manière concrète en quoi consiste la prescription d'activité physique et comment y parvenir.

III. Etude personnelle

1. Objectif

Mon travail a pour but de faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes des Pyrénées Orientales quant à la prescription d'activité physique adaptée.

2. Matériel et méthodes

a. Matériel

J'ai rédigé un questionnaire que j'ai mis sous un format numérique type Google Form.

Ce questionnaire a été élaboré en collaboration avec Pr Charles-Yannick GUEZENEC et Dr Elsa MERCIER, tous deux médecins du sport au Centre Hospitalier de Perpignan. Pour ce faire, je me suis inspirée de la thèse du Docteur LACROIX Jérôme sur l'évaluation du bon usage de la prescription de l'activité physique en médecine générale, dans l'ancienne région du Languedoc Roussillon, chez les patients ayant une hypertension artérielle (58).

Il se compose de 24 questions pour un délai de réponse d'environ 6 minutes.

Je l'ai préalablement testé auprès d'une dizaine de personnes, proches, internes en médecine générale et médecins généralistes pour m'assurer de sa compréhension et sa fluidité afin d'obtenir le plus de réponses possibles, ainsi que pour calculer le temps moyen de réponse.

Je l'ai diffusé de la fin du mois de Septembre 2020 au début du mois de Janvier 2021 soit une durée totale de 15 semaines.

b. Méthode

Il s'agit d'une enquête épidémiologique descriptive transversale sur un échantillon de médecins généralistes des Pyrénées Orientales.

Le questionnaire a été initialement diffusé par mail aux Maîtres de Stage Universitaires des Pyrénées Orientales par le biais du Département Universitaire de Médecine Générale de Montpellier Nîmes après validation de mon projet de thèse.

Il a dans un second temps été diffusé par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, puis sur différents groupes Facebook de promotions plus anciennes, afin de recruter également des

médecins remplaçants.

Il a été diffusé à tous les Maîtres de Stage Universitaires installés dans les Pyrénées Orientales et à 535 médecins par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Pyrénées Orientales. Il n'a cependant pas été possible de calculer le nombre des diffusions via Facebook, et un calcul du taux de réponse n'a donc pas été possible.

Déroulement de la procédure méthodologique :

- Création de mon questionnaire sur la base de différents articles et thèses
- Test de faisabilité par mes proches et validation de mon questionnaire par mes directeurs de thèse
- Contact avec le DUMG et le CDOM des Pyrénées Orientales
- Diffusion du questionnaire par mail avec le lien suivant :

<https://forms.gle/ymUwGUEgyoyHbHmZ6>

77 réponses ont ainsi été recueillies sur une période de 15 semaines. Pour l'analyse de mes données, je les ai importées dans un fichier Excel et pour plus de lisibilité, j'ai réalisé des tableaux et des graphiques via ce même logiciel.

3. Résultats

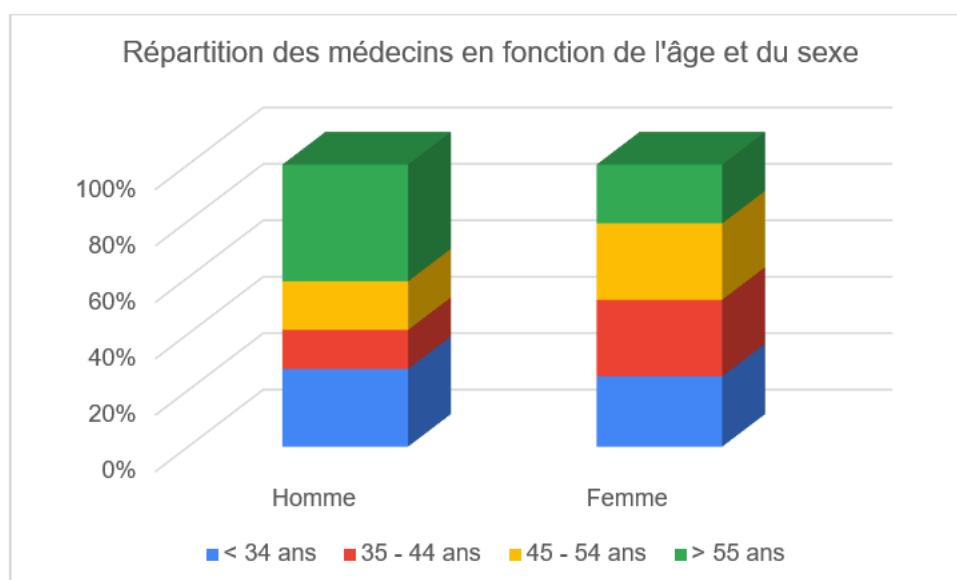
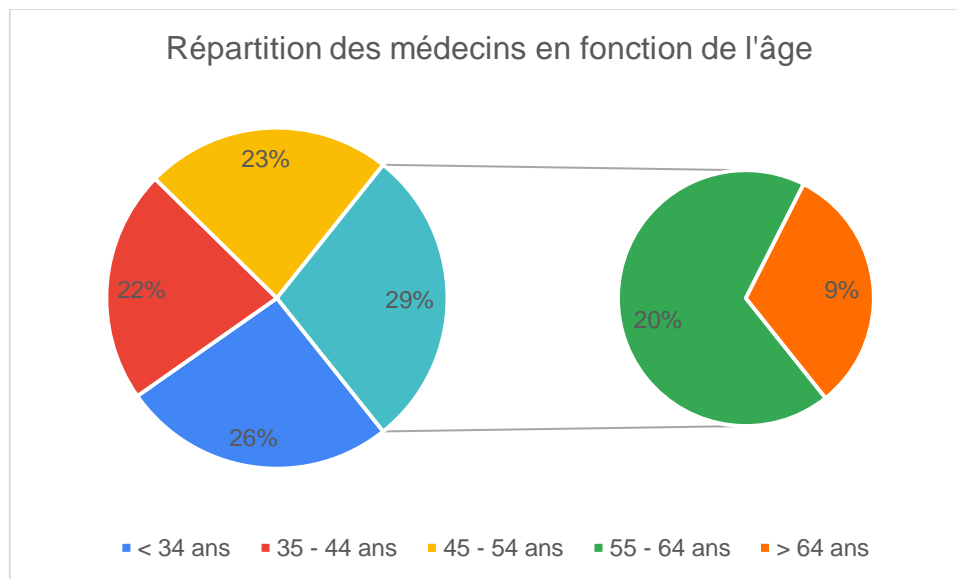
a. Données brutes

a.1 . Caractéristiques des médecins

Les données démographiques montrent un sex-ratio de 1,65 avec 48 femmes pour 29 hommes (soit respectivement 62,3% et 37,7%).

La répartition des âges est relativement homogène, 20 médecins ont moins de 34 ans (26 %), 17 médecins ont entre 35 et 44 ans (22,1 %), 18 médecins ont entre 45 et 54 ans (23,4 %), 15 médecins entre 55 et 64 ans (19,5 %), et 7 médecins ont 65 ans et plus (9,1 %).

Pour plus d'homogénéité entre les groupes, j'ai décidé de regrouper les médecins entre 55 et 64 ans et les plus de 65 ans, ce qui m'a permis d'obtenir un groupe de 22 médecins de plus de 55 ans (28,6 %)



La situation géographique des répondants au questionnaire permet de balayer l'ensemble du département.

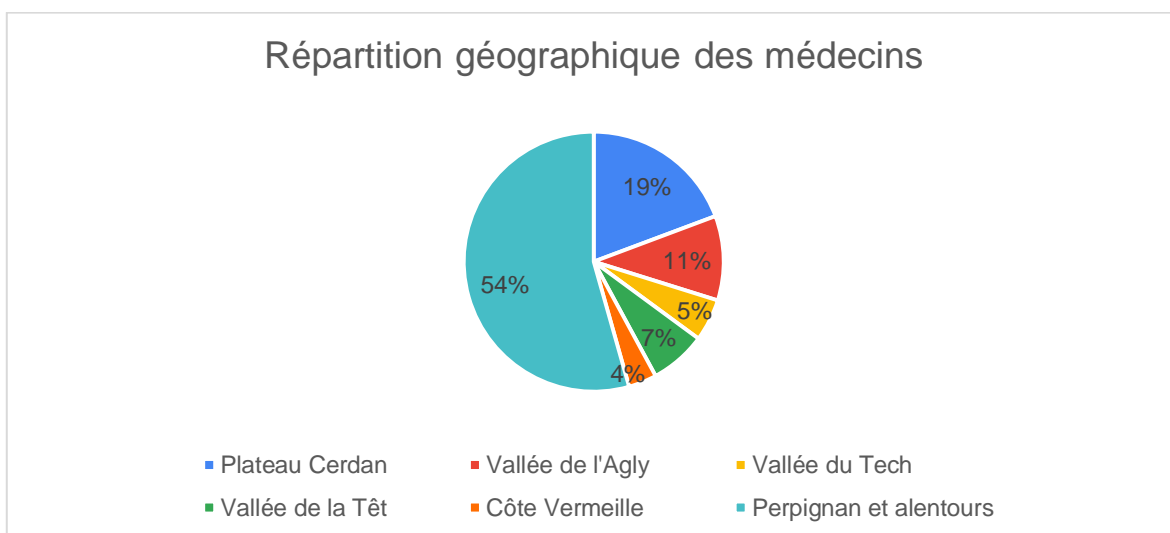
Pour cette question, 57 réponses ont été recueillies sur les 77 au total. Parmi les réponses manquantes, 17 correspondent à des médecins remplaçants dans le département mais qui ne sont pas encore installés, et 3 à médecins qui n'ont pas répondu.

23 communes différentes sont représentées : Argelès-sur-Mer, Baho, Bolquère, Bourg-Madame, Cabestany, Canet-en-Roussillon, Elne, Font-Romeu, Ille-sur-Têt, Le Boulou,, Les Angles, Osseja, Perpignan, Pia, Pollestres, Prades, Saillagouse, Saint-Estève, Saint-Génis-des-Fontaines, Saint-Laurent-de-la-Salanque, Saint-Paul-de-Fenouillet, Thuir, Trouillas.

J'ai, pour mon analyse, regroupé ces communes en différentes zones du département, de la manière suivante :

- Plateau Cerdan : Bolquère, Les Angles, Font-Romeu, Osseja, Saillagouse, Bourg-Madame, Prades
- Vallée de l'Agly : Pia, Saint-Laurent-de-la-Salanque, Saint-Paul-de-Fenouillet
- Vallée du Tech : Le Boulou
- Vallée de la Têt : Canet-en-Roussillon, Ille-sur-Têt
- Côte Vermeille : Argelès-sur-Mer, Saint-Génis-des-Fontaines
- Perpignan et alentours : Perpignan, Cabestany, Saint-Estève, Baho, Trouillas, Elne, Pollestres, Thuir

11 des médecins installés ayant répondu exercent sur le Plateau Cerdan (19,29%), 6 dans la Vallée de l'Agly (10,52 %), 3 dans la Vallée du Tech (5,26 %), 2 sur la Côte Vermeille (3,51 %) et 31 à Perpignan et alentours proches (54,39 %).



La répartition du mode d'exercice montre que 29 des 77 médecins répondants exercent en milieu urbain (37,7 %), 36 en milieu semi-rural (46,8 %) et 12 d'entre eux exercent en milieu rural (15,6 %).

a.2 . Par rapport à l'activité physique

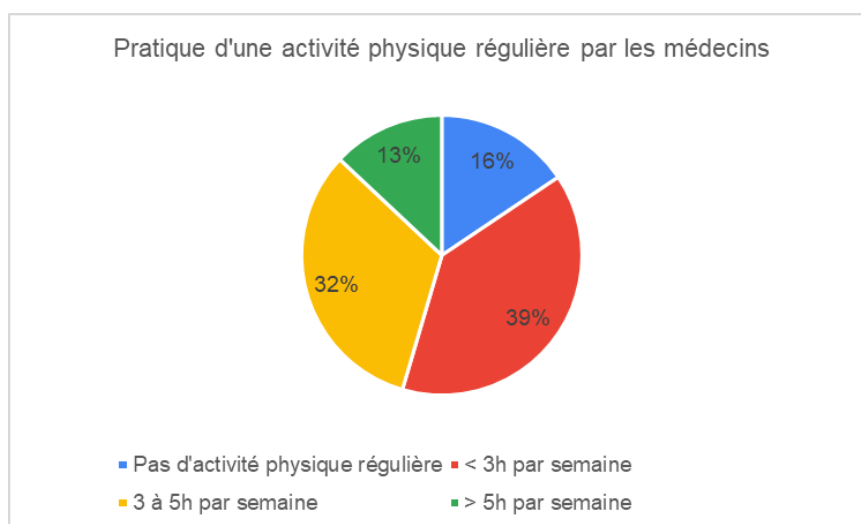
68 (88,3 %) médecins déclarent n'avoir aucune formation avec le sport ou l'activité physique, contre seulement 9 (11,7 %) ayant fait une formation particulière, comprenant un DESC de Médecine du Sport, une Capacité Médecine du Sport, un DU ou DIU Médecine du Sport, un

diplôme de Professeur de yoga et une formation de médecine du sport militaire.

Sur les 77 médecins répondant à mon enquête, 65 (84,4 %) déclarent pratiquer une activité physique régulière et 12 (15,6) n'en pratiqueraient pas de manière régulière.

A la question suivante, 10 personnes ayant répondu ne pas pratiquer d'activité physique, ont quand même répondu en faire moins de 3h par semaine. Elles n'ont pas été prises en compte dans la suite des calculs.

Parmi les 65 médecins pratiquant une activité physique régulière, 30 (46,2 %) en pratiqueraient moins de 3h par semaine, 25 (38,5 %) entre 3 et 5h par semaine et 10 (15,4 %) plus de 5h par semaine



a.3. Pratiques médicales

23 médecins (29,9 %) déclarent évaluer la pratique d'activités physiques de leurs patients très souvent, soit tous les jours ; 23 souvent, soit plus d'une fois par semaine ; 17 (22,1 %) assez souvent, soit plus d'une fois par mois ; 9 (11,7 %) rarement et 5 (6,5 %) jamais.

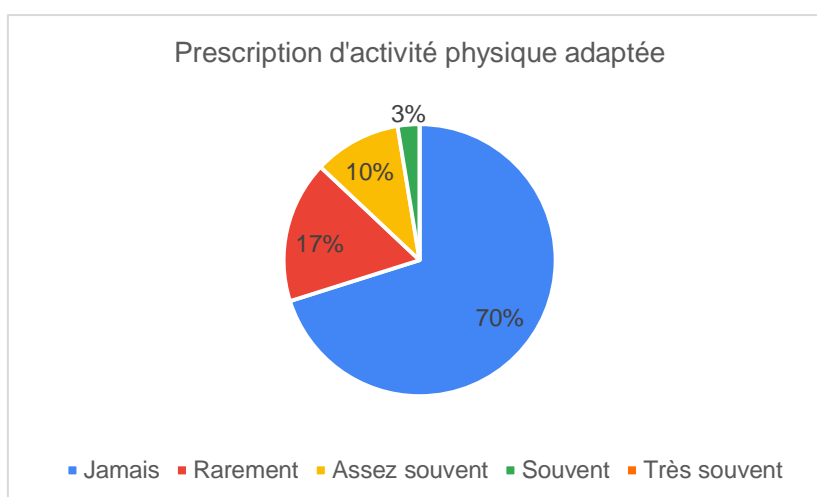
Ils déclarent le faire majoritairement en cas de pathologie particulière (57 réponses, soit 74%) ou en cas de délivrance d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité physique (46 réponses, soit 59,7%) et seulement 27 (35,1 %) déclarent l'évaluer de façon systématique chez leurs patients.

Plus de la moitié des médecins répondants à l'enquête (40, soit 51,9%) conseillent très souvent,

soit tous les jours, à leurs patients d'avoir une activité physique régulière ; 26 (33,8 %) déclarent le faire souvent, soit plus d'une fois par semaine et donc seuls 11 (14,3 %) déclarent le faire moins d'une fois par mois.

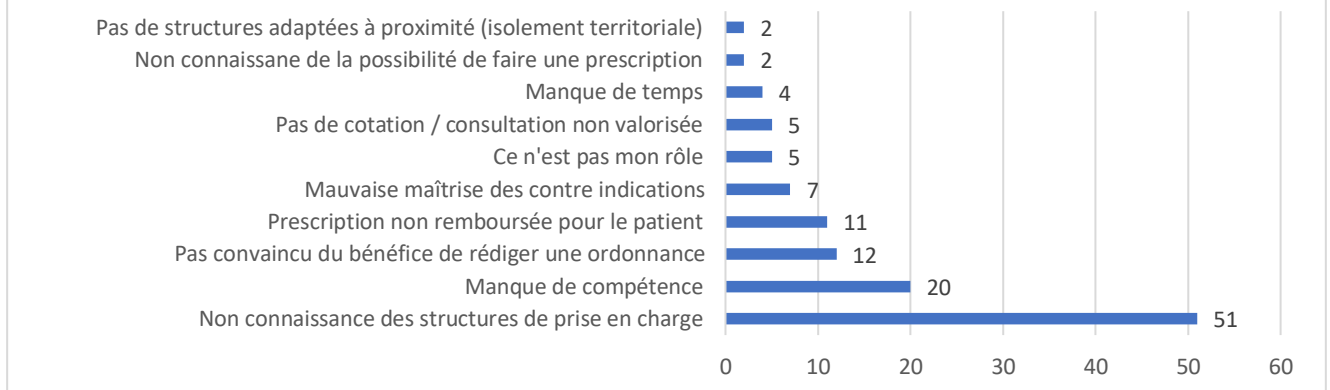
57 médecins (74%) déclarent avoir connaissance du décret de 2016 habilitant les médecins à prescrire une activité physique sur ordonnance aux patients en ALD.

Sur les 77 réponses totales, 54 médecins (70,1%) déclarent ne jamais prescrire d'activité physique adaptée, 13 (16,9 %) rarement, 8 (10,4 %) assez souvent et seulement 2 (2,6 %) souvent.

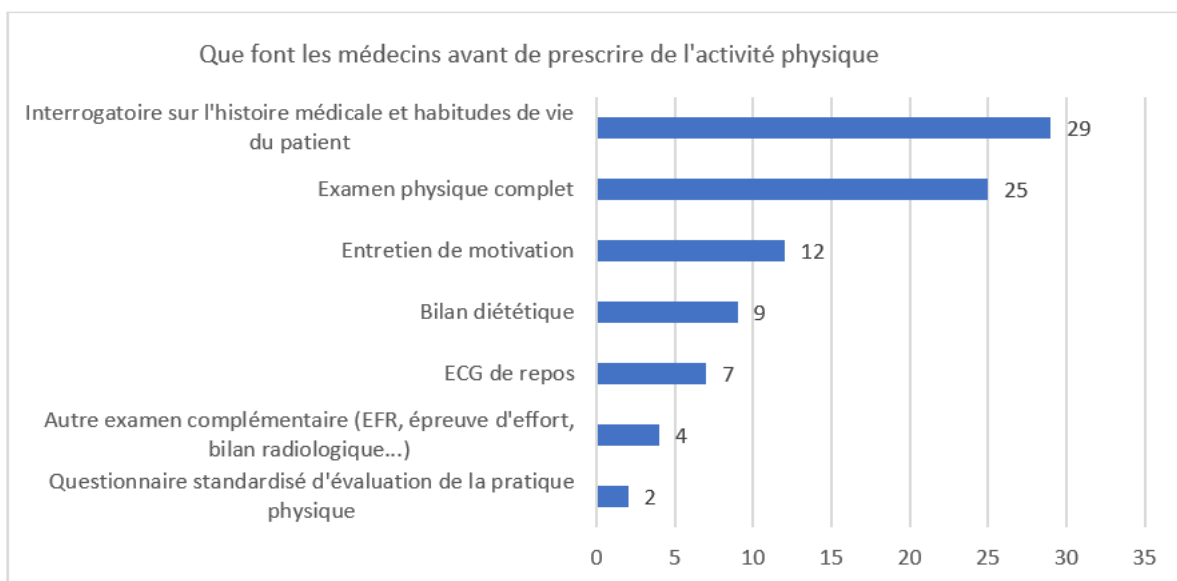


Les freins à la prescription sont identifiés par 67 réponses. Le principal est la non connaissance des structures de prise en charge, déclaré par 51 médecins (76,1%). Le manque de compétence représente 20 réponses (29,9 %). Le fait que la prescription ne soit pas remboursée pour le patient représente 11 réponses (16,4 %), de même que 11 médecins ne sont pas convaincus des bénéfices de rédiger une ordonnance.

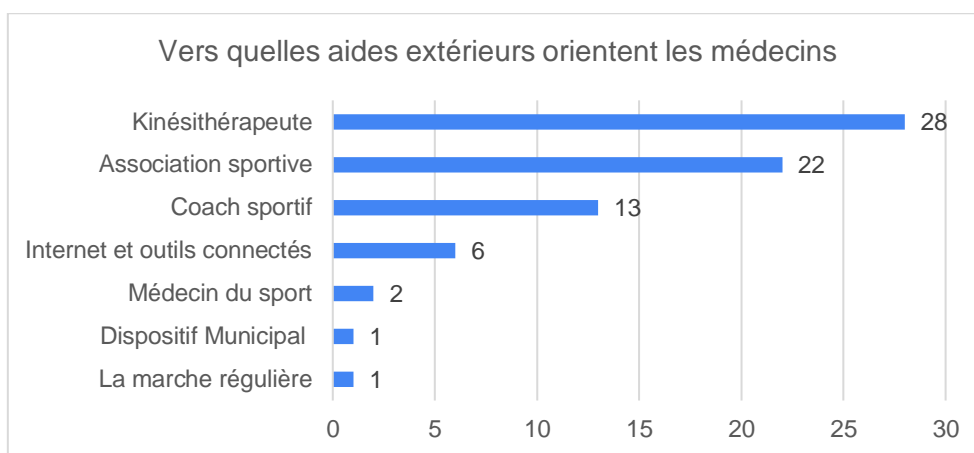
Freins à la prescription d'activité physique adaptée



A la question « Que faites-vous avant de prescrire une activité physique ? » 35 médecins sur 77 ont répondu. Parmi eux 29 (82,9 %) déclarent réaliser un interrogatoire sur l'histoire médicale et habitudes de vie du patient, 25 (71,4 %) un examen physique complet, 12 (34,3 %) un entretien de motivation.

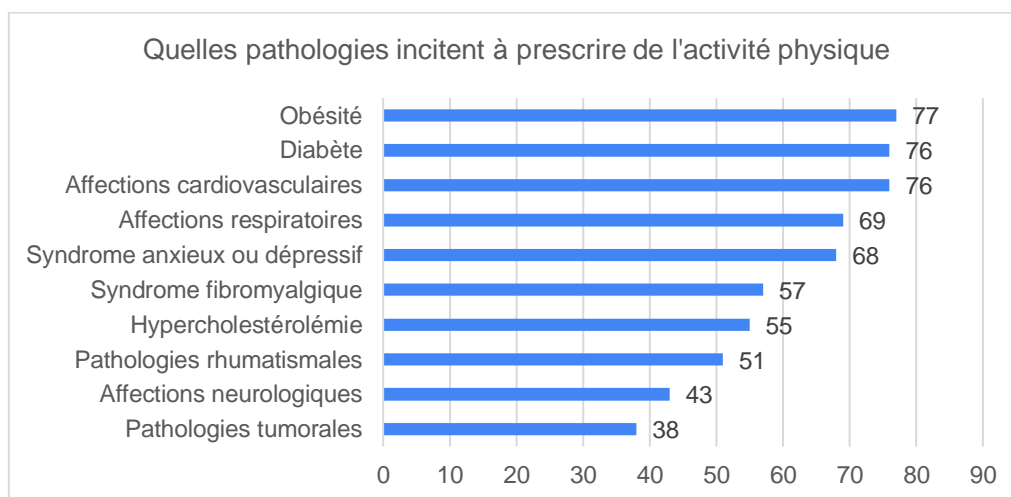


Nous avons ensuite demandé aux médecins vers quelles aides ils orientent leurs patients. A cette question, 40 médecins sur 77 ont répondu. La majorité (28 réponses soit 70%) a recours aux kinésithérapeutes. 22 (55 %) orientent vers des associations sportives et 13 (32,5 %) vers des coachs sportifs. 6 ont recours à internet ou outils connectés (15%), et seuls 2 médecins déclarent orienter vers des médecins du sport.



La totalité des médecins interrogés déclare que l'obésité est une pathologie qui les inciterait à prescrire de l'activité physique. Diabète et affections cardiovasculaires suivent de près avec 76 réponses (98,7%).

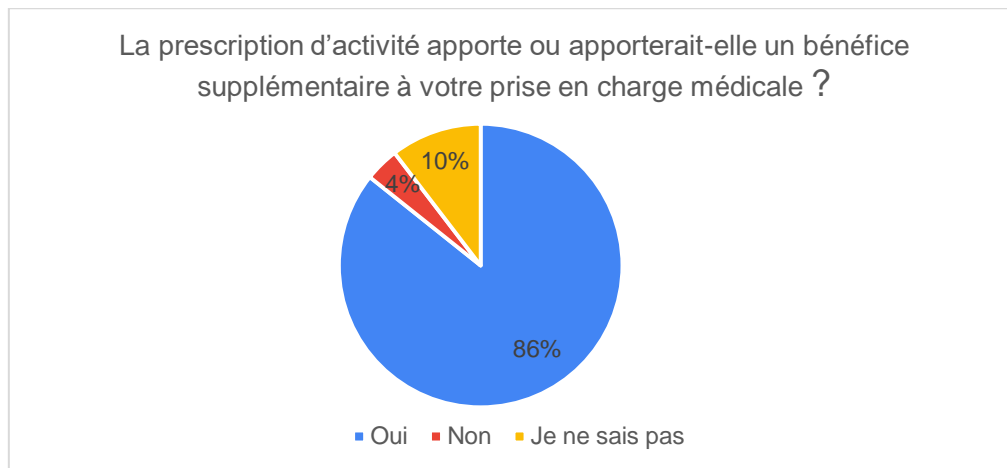
69 (89,6 %) déclarent que les affections respiratoires les inciteraient à prescrire, 68 (88,3 %) les syndromes anxieux ou dépressif, 57 (74 %) les syndromes fibromyalgiques, 55 (71,4%) l'hypercholestérolémie, 51 (66,2 %) les pathologies rhumatismales, 43 (55,8 %) les affections neurologiques et seulement 38 (49,4 %) les pathologies tumorales.



a.4. Conclusion

Nous avons ensuite demandé aux médecins s'ils pensent que la prescription d'activité apporte ou apporterait un bénéfice supplémentaire à leur prise en charge médicale.

A cette question, 66, soit 85,7 %, ont répondu oui, contre 3 (3,9 %) non, et 8 (10,4 %) ne savent pas.

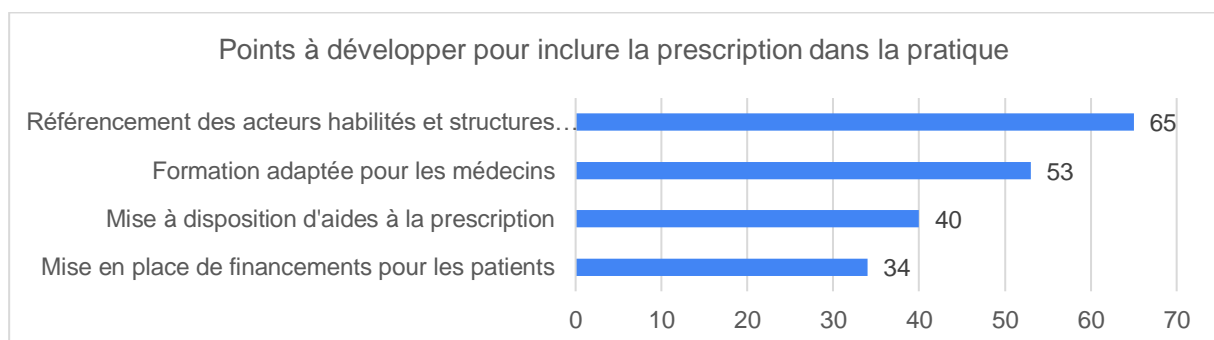


Afin d'optimiser la prescription d'activité physique, 36 (46,8%) médecins répondent qu'il leur semblerait utile de créer une consultation spécifique dédiée uniquement à la prescription d'activité physique avec une cotation spécifique, contre 23 (29,9 %) non et 18 (23,4 %) ne se prononcent pas.

37 (48,1 %) estiment que le non remboursement est un frein à leur prescription contre 28 (36,4 %) et 12 (15,6 %) ne se prononcent pas.

Nous avons ensuite demandé aux médecins quels seraient les points importants à développer afin d'inclure la prescription d'activité physique dans leur pratique quotidienne. Sur 77 réponses, celle qui revient le plus est un référencement des acteurs habilités et structures adaptées sur leur territoire, pour 65 réponses soit 84,4%.

53 (68,8 %) déclarent qu'une formation adaptée pour les médecins serait importante, 40 (51,9 %) une mise à disposition d'aides à la prescription et 34 (44,2 %) une mise en place de financements pour les patients.



A la question suivante : « Si vous pensez qu'une formation complémentaire serait nécessaire

avant de prescrire de l'activité physique adaptée sur ordonnance, quels thèmes vous paraîtraient utiles ? », sur 77 médecins, 67 (89,3 %) ont répondu qu'il serait utile de mieux connaître les réseaux et acteurs du « sport santé bien être », 57 (76 %) ont répondu « Comment adapter ma prescription en fonction des pathologies », 47 (62,7 %) « Comment prescrire une activité physique » et uniquement 9 (12 %) « mieux connaître les bienfaits de l'activité physique ».

Pour finir, 64 médecins sur 77 (83,1 %) ont déclaré qu'ils prescriraient plus d'activité physique à leurs patients s'ils bénéficiaient d'une formation, contre 13 (16,9 %) non.

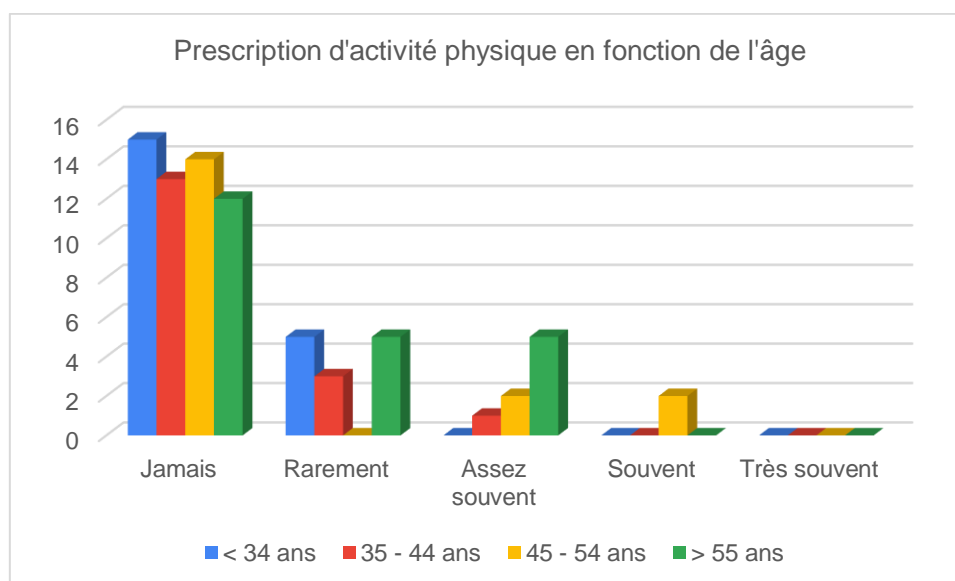
b. Paramètres calculés

PAP en fonction de l'âge

En calculant le nombre de médecins prescrivant de l'activité physique en fonction de l'âge, nous observons que la proportion de médecins qui ne prescrivent jamais varie peu en fonction de l'âge : 15 (19,5%) ont moins de 35 ans, 13 (16,9 %) ont entre 35-44 ans, 14 (18,2 %) ont entre 45-54 ans, 12 (15,6 %) ont plus de 55 ans.

Soit :

- 75% des moins de 35 ans
- 76,5% des 35-44 ans
- 77,8% des 45-54 ans
- 54,6% des plus de 55 ans.

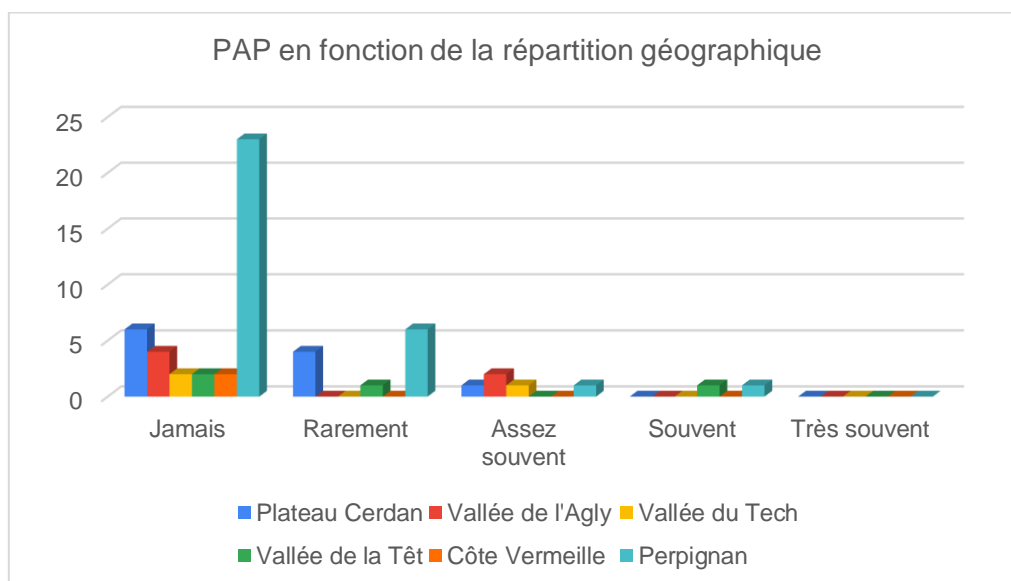


PAP en fonction de la distribution géographique

De la même manière, j'ai calculé la proportion de médecins ne prescrivant jamais d'activité physique en fonction de leur lieu d'exercice. Parmi les médecins installés ayant répondu, 6 (10,5 %) exercent sur le Plateau Cerdan, 4 (7 %) dans la Vallée de l'Agly, 2 (3,5 %) dans la Vallée du Tech, 2 (3,5 %) dans la Vallée de la Têt, 2 (3,5 %) sur la Côte Vermeille et 23 (40 %) à Perpignan et alentours proches.

Soit :

- 54,5 % des médecins exerçant sur le Plateau Cerdan
- 66,7 % des médecins exerçant dans la Vallée de l'Agly
- 66,7 % des médecins exerçant dans la Vallée du Tech
- 50 % des médecins exerçant dans la Vallée de la Têt
- 100 % des médecins exerçant sur la Côte Vermeille
- 74,2 % des médecins exerçant à Perpignan et alentours



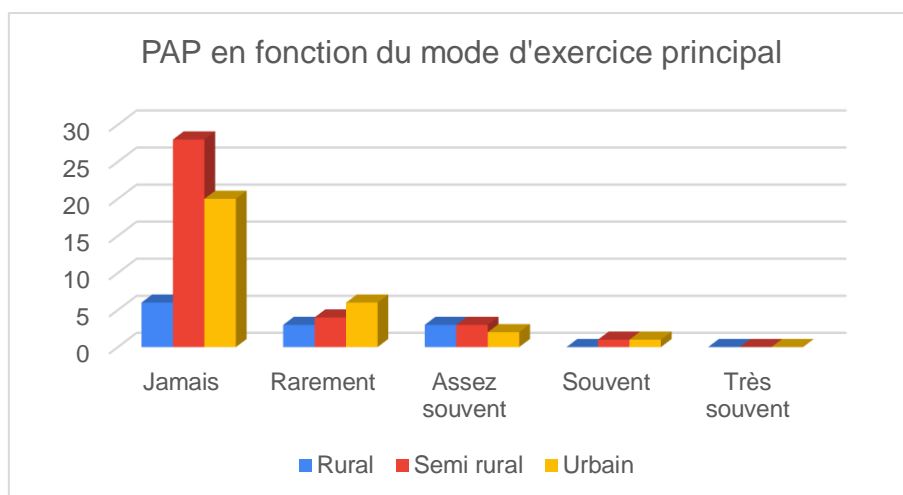
	Jamais	Rarement	Assez souvent	Souvent	Très souvent	TOTAL
Plateau Cerdan	6	4	1	0	0	11
Vallée de l'Agly	4	0	2	0	0	6
Vallée du Tech	2	0	1	0	0	3
Vallée de la Têt	2	1	0	1	0	4
Côte Vermeille	2	0	0	0	0	2
Perpignan	23	6	1	1	0	31
TOTAL	39	11	5	2	0	57

PAP en fonction du mode d'exercice

J'ai ensuite calculé la proportion de médecins ne prescrivant jamais d'activité physique en fonction de leur mode d'exercice principal. Parmi tous les médecins ayant répondu au questionnaire, 6 (7,8 %) exercent principalement en milieu rural, 28 (36,4 %) en milieu semi rural, 20 (26 %) en milieu urbain.

Soit :

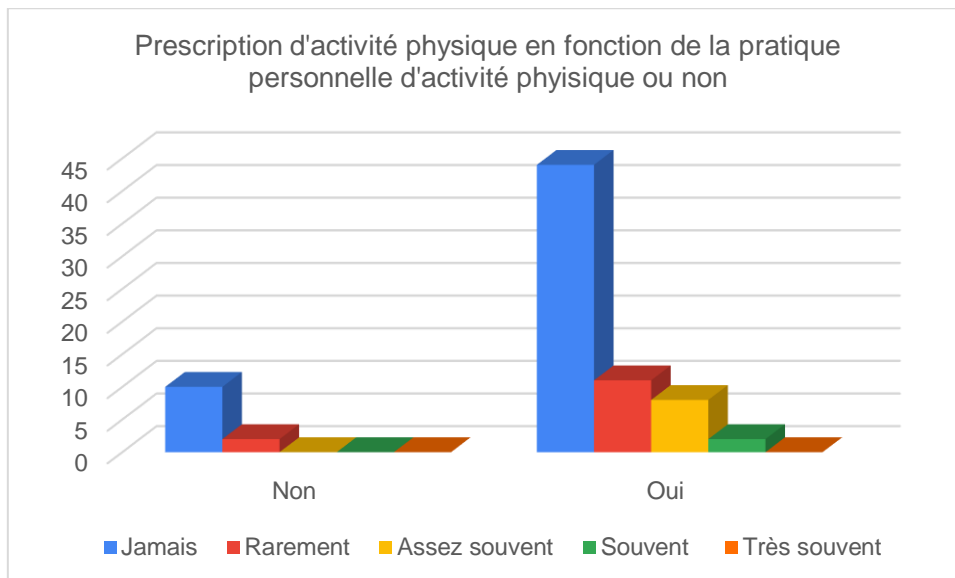
- 50 % des médecins exerçant en milieu rural
- 77,8% des médecins exerçant en milieu semi rural
- 69 % des médecins exerçant en milieu urbain.



	Jamais	Rarement	Assez souvent	Souvent	Très souvent	TOTAL
Rural	6	3	3	0	0	12
Semi rural	28	4	3	1	0	36
Urbain	20	6	2	1	0	29
TOTAL	54	13	8	2	0	77

PAP en fonction de la pratique d'activité physique

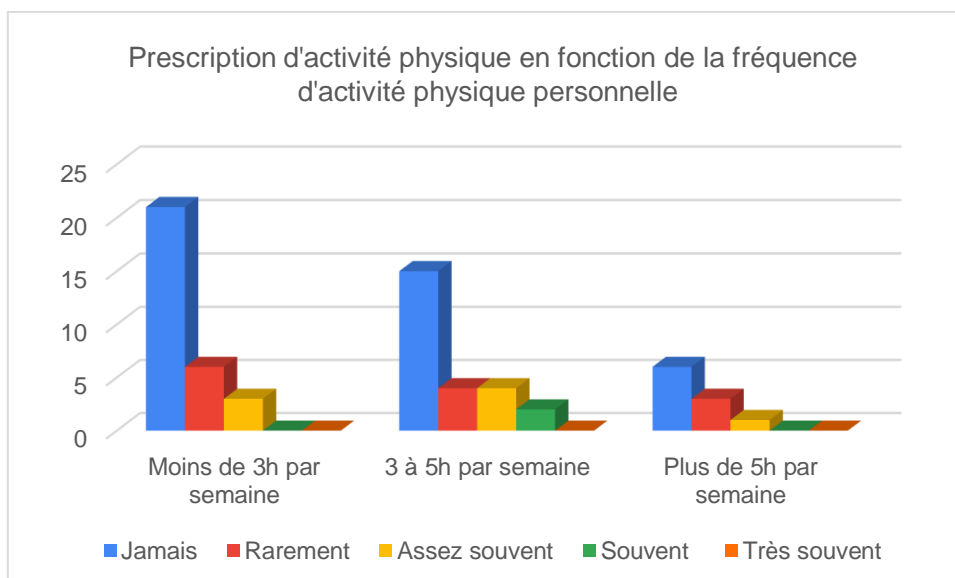
En comparant les groupes de médecins pratiquant de l'activité physique à titre personnel ou non, nous observons que seuls 2 médecins du groupe inactif (sur 12, soit 15,4 %) prescrivent de l'activité physique, contre 21 pour le groupe actif (sur 65, soit 32,3 %)



Pratique AP	Jamais	Rarement	Assez souvent	Souvent	Très souvent	TOTAL
Non	10	2	0	0	0	12
Oui	44	11	8	2	0	65
TOTAL	54	13	8	2	0	77

J'ai ensuite divisé les 65 médecins actifs en 3 groupes en fonction de leur pratique d'activité physique :

- Moins de 3h par semaine
- Entre 3 et 5h par semaine
- Plus de 5h par semaine



76,7 % des médecins pratiquant moins de 3h d'activité physique par semaine ne prescrivent jamais d'activité physique contre 60 % des médecins qui en pratiquent entre 3 et 5h par semaine

et 60% plus de 5h.

Les 2 seuls médecins qui prescrivent souvent de l'activité physique pratiquent du sport de manière régulière.

	Jamais	Rarement	Assez souvent	Souvent	Très souvent	TOTAL
Moins de 3h par semaine	23	4	3	0	0	30
3 à 5h par semaine	15	4	4	2	0	25
Plus de 5h par semaine	6	3	1	0	0	10
TOTAL	44	11	8	2	0	65

PAP en fonction de la formation

Parmi les 68 médecins n'ayant aucune formation en rapport avec le sport ou l'activité physique, 49 ne prescrivent jamais d'activité physique, soit 72 %, 11 (16,2 %) rarement, 1 (1,5 %) assez souvent et 7 (10,3 %) souvent.

Parmi les 9 médecins ayant une formation en rapport avec le sport ou l'activité physique, 5 n'en prescrivent jamais, soit 55%, 2 (22,2 %) rarement, 1 (11,1%) assez souvent et 1 (11,1 %) souvent. 87,5% des médecins qui prescrivent souvent de l'activité physique n'ont cependant pas de formation particulière.

	Jamais	Rarement	Assez souvent	Souvent	Très souvent	TOTAL
Absence de formation	49	11	1	7	0	68
Formation	5	2	1	1	0	9
TOTAL	54	13	2	8	0	77

4. Discussion

a. Justification de la thèse

L'enjeu de ma thèse est de montrer la place réelle de la prescription d'activité physique en médecine générale. Ce travail m'a paru intéressant en vue de faire la promotion de la prescription d'APA et de chercher à mettre en évidence les leviers éventuels à la prescription de cette thérapeutique non médicamenteuse qui a déjà fait preuve de ses effets bénéfiques.

b. Limites de l'étude

La principale limite de cette étude est le manque de réponses. Le questionnaire a été diffusé à 535 médecins par le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins des Pyrénées, ainsi qu'à tous les maîtres de stage universitaires des Pyrénées Orientales via le Département de Médecine

Générale de la Faculté de Montpellier, et sur des groupes Facebook à destination des médecins remplaçants.

Cependant, je n'ai obtenu que 77 réponses réparties sur tout le département. Nous pouvons nous demander si les médecins ayant répondu ne sont pas déjà plus sensibilisés au sujet que ceux qui n'ont pas voulu répondre et cette sous-représentation par territoire traduit probablement un manque de sensibilisation au sujet et devrait justifier une campagne d'information sur l'ensemble du département.

c. Analyse des freins à la prescription

Mon travail met en évidence que les conseils oraux prédominent largement sur la prescription écrite d'APA. Plus de la moitié des médecins interrogés conseillent en effet tous les jours à leurs patients de pratiquer une activité physique, or, aucun ne fait de prescription écrite à cette fréquence.

- Non connaissance des structures et dispositifs d'APA

Différents freins à la prescription ont été identifiés et le frein majoritairement évoqué est la non connaissance des structures de prise en charge.

Globalement, les médecins qui prescrivent le plus d'APA exercent en milieu rural et l'isolement géographique n'est un frein que pour une infime proportion des médecins. Le problème n'est donc pas l'accès aux structures et dispositifs mais bien la connaissance ou plutôt non connaissance de ceux-ci.

La comparaison des différentes zones du département va également dans ce sens : il n'y a pas de différence majeure de prescription entre des zones où l'environnement est le plus favorable à la pratique de l'activité physique et qu'on supposerait plus orientées vers le sport, comme le plateau Cerdan, et les autres.

Il existe, comme présenté précédemment, de nombreux dispositifs d'APA, mais cette solution reste trop peu connue. Malgré les efforts institutionnels et administratifs de ces dernières années pour la promotion du sport santé via les nouveaux plans de santé, les médecins généralistes restent largement insuffisamment informés quant à l'APA.

Cependant, comme le démontre Dr De Larquier (59) dans son travail analysant les déterminants de l'évolution de la prescription en activité physique adaptée par les médecins généralistes à la suite de la mise en place du dispositif Bougez sur ordonnance en Occitanie, la présence d'un

dispositif sport santé dans un territoire, contribue à améliorer les choses en matière d'information et de connaissance en APA.

- Manque de formation et sensibilisation

Le manque de compétence a ensuite été cité par près d'un tiers des médecins, mais également pour une petite partie d'entre eux, une mauvaise maîtrise des contre-indications.

Dans mon travail, nous constatons que les médecins ayant une formation en rapport avec le sport ou l'activité physique prescriraient plus que ceux n'ayant aucune formation.

Mais paradoxalement, les médecins en prescrivant le plus souvent sont ceux sans aucune formation en rapport avec le sport.

Contrairement à ce que nous aurions pu penser, les jeunes médecins ne prescrivent pas plus d'APA que les autres, ce qui montre que même récemment sortis de la faculté, ils n'ont pas été suffisamment sensibilisés à cette problématique au cours de leur cursus.

D'autres données de la littérature vont dans ce sens, comme dans cette étude de Walsh (60) qui décrit que les médecins âgés de plus de 35 ans ont tendance à plus prescrire, conseiller et discuter d'APA que les moins de 35 ans.

Certains médecins ont déclaré ne même pas savoir qu'il était possible de prescrire de l'activité physique, ne pas être convaincus du bénéfice de rédiger une ordonnance, ou estimer que ce n'était pas leur rôle de le faire.

Pour tous ces médecins, il me semble important de réaliser des formations et de les sensibiliser au maximum. Le médecin généraliste ayant un rôle central dans la prise en charge des patients, il est important qu'ils connaissent les différentes possibilités qui s'offrent à eux et de leur donner les clés pour une meilleure prise en charge.

De plus, contrairement aux premières recommandations du Plan national nutrition santé qui recommandaient des actions simples comme marcher 3 fois par semaine à allure soutenue, les dernières recommandations en matière d'activité physique se révèlent être de plus en plus complexes et leur technicité tend à les rendre de plus en plus difficiles à mettre en application, ce qui décourage probablement les médecins à prescrire.

Une grande majorité des médecins estiment tout de même que la prescription d'activité physique apporterait un bénéfice supplémentaire à leur prise en charge médicale et seraient prêts à en prescrire d'avantage s'ils bénéficiaient d'une formation adaptée.

Les points les plus importants à préciser seraient les acteurs du réseaux sport santé et les différentes solutions s'offrant aux médecins quant à l'orientation de leurs patients après une prescription. Un référencement des différents acteurs du sport santé bien-être serait un véritable atout pour motiver et aider les médecins dans leur démarche.

- Manque de temps

Comme le décrivent beaucoup d'études, les médecins généralistes manquent globalement de temps et cela est un véritable problème concernant l'APA. Cette prescription spécifique nécessite une attention toute particulière et contient plusieurs étapes. Tout d'abord en explications, puis en entretien motivationnel.

Une des perspectives à ce sujet serait la mise en place d'une consultation dédiée valorisée, pour motiver les médecins à prendre le temps nécessaire à la prescription de l'APA, et près de la moitié des médecins interrogés dans mon étude sont en accord avec cela. Dans l'étude de Dr Rucar (61), les médecins étaient très en faveur d'une consultation dédiée, avec une cotation spécifique valorisée, à la fois pour « motiver plus de médecins à prescrire et pour valoriser l'APA aux yeux des patients. » (61)

Dans l'étude de Dr De Larquier (59), les avis des médecins divergent. Même si une cotation spécifique serait la bienvenue pour certains, la solution de fragmenter les consultations est également proposée.

La création d'une cotation pour une consultation ciblée sur l'entretien motivationnel de manière plus générale, afin d'aider aux changements de comportements, que ce soit pour l'activité physique ou autres, est également abordée.

La question de créer ou non une consultation dédiée avec une cotation spécifique pour la prescription d'APA n'est pas récente. En 2011, la HAS indiquait que « le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est conditionnée par l'évolution des modalités de rémunération afin d'inciter les médecins à consacrer le temps nécessaire aux étapes clés de la consultation dont le déroulé détermine la décision de prescription (écoute active, diagnostic, explicitation de la décision de prescription). » (62)

En créant une consultation dédiée, on pourrait pallier au manque de temps décrit par les médecins généralistes. Cela permettrait d'éviter que cet acte soit abordé en second plan, après d'autres motifs de consultation et permettrait une valorisation de l'activité physique comme intervention non médicamenteuse, que ce soit aux yeux des médecins ou des patients.

- Pas de prise en charge financière pour les patients

Concernant la prise en charge financière des patients, les avis divergent également.

Près de la moitié des médecins estiment que le non remboursement pour les patients est un frein à la prescription et qu'une prise en charge financière leur permettrait d'inclure plus facilement la prescription d'APA à leur pratique.

Dans l'étude de Dr Rucar (61), deux tiers des médecins répondants indiquent que leurs patients les avaient questionnés sur les conditions de remboursement de cette prescription et plus de la moitié avaient obtenu des refus de prescription du fait du non remboursement.

Cela montre bien que le patient n'est pas forcément prêt ou apte à faire les efforts nécessaires sur le plan financier. La contrainte économique est un frein important, que ce soit du point de vue des prescripteurs ou des patients. (63)

Certains dispositifs sont d'ores et déjà à titre gratuit ou presque pour le patient, et des remboursements via les mutuelles sont possibles mais cela reste insuffisant

Un remboursement général des activités physiques semble difficile à mettre en place et pourrait mener à certaines dérives avec une surprescription et avoir ainsi un effet néfaste.

Cela encouragerait certainement nombre de patients à être plus actifs, mais il est possible de se demander si cela ne conduirait pas à une certaine déresponsabilisation des patients vis-à-vis de leur santé.

Cependant, la réalité montre que certains patients réfractaires ou en situation de précarité nécessiteront la mise en place d'aides supplémentaires pour franchir le pas.

- Caractéristiques des médecins et influence sur la prescription

Dans un travail du Dr ATTALIN (64), nous avons pu constater que le niveau d'activité physique et l'IMC des médecins influençaient la prescription d'activité physique pour leurs patients en situation de surpoids ou d'obésité.

L'étude du Dr LACROIX (58) a également permis de mettre en évidence que les médecins actifs auraient tendance à promouvoir davantage l'activité physique. De même que tous les médecins qui ont une hypertension artérielle prescriraient plus d'activité physique que les normo-tendus.

Les résultats de mon travail vont également dans ce sens : les médecins qui pratiquent une activité physique régulière déclarent en effet prescrire plus d'activité physique que les autres. Nous n'observons cependant pas de différence de prescription entre ceux qui pratiquent entre 3 et 5h par semaine et ceux qui en pratiquent plus.

c. Perspectives à l'issue de l'étude

- Il serait intéressant à l'avenir de déployer des campagnes afin de sensibiliser et informer les médecins et les patients.

- Des FMC pourraient être développées afin de former les médecins déjà en activité et leur proposer des aides pratiques et concrètes pour les aider à inclure la prescription d'activité physique dans leur pratique médicale.

Pour les plus jeunes, il serait intéressant d'inclure une formation dans le cursus de médecine générale, cela permettrait de les sensibiliser au plus tôt, et ils pourraient eux-même relayer l'information à leurs maîtres de stages et différents médecins avec qui ils travailleront au cours de leur internat.

- Un des points les plus importants qui ressort de cette étude serait un référencement des différentes structures et dispositifs d'APA sur un territoire donné.

- Enfin, valoriser la consultation médicale et créer une cotation dédiée, ainsi que créer un financement pour le patient permettrait d'inclure plus facilement la prescription d'APA et motiverait un plus grand nombre de patients à y adhérer.

d. Soirée Sport Santé du 14 Juin 2021

Une soirée sur la prescription d'activité physique adaptée et les pathologies a été organisée le 14 Juin 2021 par l'association USAP Solidaire. J'ai à cette occasion pu présenter les résultats de ma thèse, qui ont ensuite mené à d'autres présentations sur le thème de l'APA. Les points qui ont été relevés par les participants à la suite de mon intervention ont été les difficultés à se faire connaître en tant que dispositif d'APA, notamment Bougez sur ordonnance, et les difficultés que rencontrent les enseignants APA à recruter des patients, notamment de par le non financement des séances.

IV. Conclusion

La sédentarité a été identifiée comme 4^e cause de mortalité dans le monde et près de la moitié de la population mondiale n'atteint pas les recommandations en termes d'activité physique. Ajouté à cela, les maladies chroniques ne cessent de progresser depuis de nombreuses années. La littérature a également à de nombreuses reprises prouvé l'intérêt de l'activité physique, que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire, et son impact sur la population, tant sur le plan médical, social, qu'économique. La lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique est donc un réel problème de santé publique.

Toutes les enquêtes épidémiologiques récentes soulignent l'importance d'émettre des recommandations conjointes d'activité physique et de réduction de la sédentarité, et ce pour toutes les tranches d'âge de la population.

La politique actuelle, tend à la promotion de cette activité physique, notamment par un article de loi, dite de « modernisation du système de santé de Janvier 2016 », permettant au médecin traitant de prescrire de l'activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient porteur d'une affection de longue durée.

Cependant, son application semble encore trop abstraite pour de nombreux praticiens. Cette étude a une nouvelle fois permis de mettre en évidence que peu de médecins mettent à profit cette prescription pour leurs patients. Différentes raisons ont été identifiées, et la principale est la non connaissance des acteurs du sport santé, structures et dispositifs existants qui permettent un encadrement des patients.

Il en ressort également qu'une sensibilisation et une formation seraient nécessaires afin d'inclure la rédaction d'ordonnances d'activité physique dans la pratique courante en médecine générale afin de changer le comportement et les habitudes des patients au plus vite.

BIBLIOGRAPHIE

1. Inserm. Activité physique – Prévention et traitement des maladies chroniques. © Éditions EDP Sciences. 2019. 149 p.
2. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. [Internet]. 2010 [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305057/>
3. Bigard X. Passer 7 heures par jour assis ou 3 heures devant la télévision a un net effet délétère. Rev Prat. 2020;70:20.
4. Inserm. Activité physique : Contextes et effets sur la santé [Internet]. Paris: Les éditions Inserm; 2008 p. 811. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/10608/97>
5. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine- evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand J Med Sci Sports. déc 2015;25 Suppl 3:1-72.
6. Santé Publique France. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN 2014-2016) [Internet]. 2017 sept [cité 7 août 2020] p. 58. Report No.: Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. Disponible sur: [/etudes-et-enquetes/estehttps://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016--chapitre-activite-physique-et-sedeban](https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016--chapitre-activite-physique-et-sedeban)
7. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
8. 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.
9. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985;100(2):126-31.
10. Avis de l'Anses. Actualisation des repères du PNNS- Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
11. Pate RR, O'neill JR, Lobelo F. The Evolving Definition of "Sedentary".
12. Réseau de Recherche sur le Comporte. Lettre à l'éditeur : utilisation standardisée des termes « sédentarité » et « comportements sédentaires ». Appl Physiol Nutr Metab. juin 2012;37(3):543-5.

13. Légifrance. Prescription d'activité physique (Article L1172-1) [Internet]. 2016 [cité 13 oct 2020]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031920541/2016-01-28/>
14. ARS Occitanie. Prescription d'une activité physique adaptée [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/prescription-dune-activite-physique-adaptee>
15. SF2S | Société Française Sport-Santé [Internet]. SF2S. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.sfsportsante.com>
16. Briançon S, Guérin G, Sandrin-Berthon B. Maladies chroniques. Actual Doss En Santé Publique Adsp. sept 2010;(72).
17. Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative (MJSVA). Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 [Internet]. 2007 avr. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf
18. Affections de longue durée (ALD)- Questions-réponses [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_428814/fr/affections-de-longue-duree-ald-questions-reponses
19. Définition de l'ALD [Internet]. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
20. Plateforme CEPS [Internet]. Disponible sur: <https://www.mshsud.org/recherche/plateformes/ceps>
21. Ernst E. Ethics of complementary medicine: practical issues. Br J Gen Pract. 1 juill 2009;59(564):517-9.
22. Ninot G. Guide professionnel des interventions non médicamenteuses: INM : évaluation, réglementation, utilisation. 2019.
23. Agence Régionale de Santé Occitanie. Éléments de contexte pour un Diagnostic régional. 2017 avr.
24. Population de 1999 à 2021 | Insee [Internet]. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012713#tableau-TCRD_004_tab1_regions2016
25. Panorama des Pyrénées-Orientales- Un département entre mer et montagne qui connaît des difficultés économiques- Insee Analyses Occitanie- 15 [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908405>
26. France, Ministère des affaires sociales et de la santé (2016- ...), Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Santé publique France. L'état de santé de la

population en France: rapport 2017. 2017.

27. Charles M, Larras B, Bigot J, Praznoczy C. L'activité physique sur prescription en France : état des lieux en 2019. :84.
28. Démographie des professionnels de santé libéraux [Internet]. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/entree-par-theme/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/demographie-professionnels-sante-liberaux>
29. Encausse P. Sport et Santé. Amédée Legrand&Cie. Paris; 1952. 223 p.
30. Inserm. Activité physique- Contextes et effets sur la santé. Inserm. 2008. 811 p.
31. Article- Loi n°75-988 du 29 octobre 1975 DITE MAZEAUD RELATIVE AU DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET DU SPORT- Légifrance [Internet]. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001496767
32. Loi n°84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives- Légifrance [Internet]. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000693187/1992-07-15/>
33. Ministère de la Jeunesse et des Sports. Rapport annuel sur l'état de l'administration. 1996 sept p. 161.
34. Conseil National des activités physiques et sportives, (CNAPS). Rapport du Conseil National des activités physiques et sportives. 2003 aout p. 69.
35. Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative (MJSVA). Rapport d'Activité 2004. Paris; 2004 p. 87.
36. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie [Internet]. 2015 [cité 13 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/le-plan-national-daction-de-prevention-de-la-perte-dautonomie>
37. Ministère délégué à la santé. Programme National Nutrition Santé- PNNS 2001- 2005. 2001;40.
38. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative, DICOM_Jocelyne.M. Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNAPS) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2008 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/plan-national-de-prevention-par-l-activite-physique-ou-sportive-pnaps>
39. Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère du travail, de l'emploi de la

Formation professionnelle et du Dialogue social. Instruction n° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 [Internet]. 2012 déc [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: http://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=12888&titre=instruction-n-ds-dsb2-sg-dgs-ds-dgcs-2012-434-du-24-decembre-2012-relative-a-la-mise-en-oeuvre-operationnelle-des-mesures-visant-a-promouvoir-et-developper-la-pratique-des-activite...&debut=

40. ARS Occitanie. Plan régional SPORT, SANTE, BIEN-ETRE 2019-2024. 2019.
41. Légifrance. Article 144- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)- Légifrance [Internet]. [cité 13 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913897?r=Qk9qqxTGI7
42. INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en oeuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.- Légifrance [Internet]. [cité 13 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/42071>
43. Réseau français des Villes-Santé de l'OMS | Agir sur les déterminants de la santé, réduire les inégalités, créer des environnements propices à la santé, collaborer dans l'intérêt des plus vulnérables,... [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.villes-sante.com/>
44. DRJSCS Languedoc-Roussillon- Midi-Pyrénées. En quelques lignes... Le label Ville Vivez Bougez [Internet]. 2016 [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: http://occitanie.drjscs.gouv.fr/sites/occitanie.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/eql2_label_vvb_sup.pdf
45. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des sports. Les Maisons Sport-Santé- Dossier de Presse [Internet]. 2020 janv. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/actualites/article/les-premieres-maisons-sport-sante-sont-desormais-connues>
46. CREPS Vichy Auvergne- Présentation [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.creps-vichy.sports.gouv.fr/index.php/presentation-pms>
47. Mon Stade salle sport santé Paris 75013 : bilans de condition physique + plans d'entraînement personnalisés [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.monstade.fr/>
48. Maison Sport-Santé – UFOLEP 78 [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.ufolep78.org/maison-sport-sante/>
49. Réseau national des villes sport santé sur ordonnance | Strasbourg.eu [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/reseau-national-villes-sport-sante-sur-ordonnance>
50. Profession Sport 66 | PROFESSION SPORT 66 [Internet]. [cité 9 oct 2020]. Disponible sur:

<https://pyrenees-orientales.profession-sport-loisirs.fr/nous-sommes/profession-sport-66>

51. effORMip- Bilans d'activité [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.iformip.com/iformip/notre-reseau/bilans-d-activite/>
52. Occitanie Sport Santé | Cartographie des offres sport-santé [Internet]. [cité 15 juin 2021]. Disponible sur: <https://occitanie-sport-sante.fr/>
53. MOBIL'SPORT 66 » CDSMR 66 [Internet]. [cité 15 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cdsmr66.org/mobilisport/>
54. Trouver un club ffepgv [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.sport-sante.fr/fr/ou-pratiquer.html?dep=66>
55. CNOSF, SFMES. Médico-sport Santé. 2020 Edition.
56. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. 2019.
57. Rivière D. Ordonnance de prescription de l'activité physique ; Des recommandations existent qu'il faut s'approprier. Rev Prat. mars 2020;70.
58. Lacroix J. Evaluation du bon usage de la prescription de l'activité physique en médecine générale, dans l'ancienne région du Languedoc Roussillon, chez les patients ayant une hypertension artérielle et description des éventuels facteurs limitants. Faculté de Médecine de Montpellier; 2018.
59. De Larquier D. Analyse qualitative des déterminants de l'évolution de la prescription en activité physique adaptée par les médecins généralistes à la suite de la mise en place du dispositif Bougez sur ordonnance® en Occitanie. Montpellier; 2020.
60. Walsh JME, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. Am J Prev Med. 1 mai 1999;16(4):307-13.
61. Thèse Benjamin Rucar. Analyse du ressenti et des freins à la prescription d'activité physique adaptée pour le patients en affection longue durée chez les médecins généralistes ayant réalisé une formation à cette prescription. Faculté de médecine de Lille.2018. [Internet]. IRBMS. 2018 [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/sport-sante-sur-ordonnance-le-ressenti-des-medecins-generalistes/>
62. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
63. Anis J. Analyse des freins à la prescription des activités physiques chez les médecins

généralistes picards. [Université de Picardie Jules Vernes]; 2015.

64. Attalin V. Place de l'activité physique dans la prise en charge du surpoids de l'obésité : résultats d'un questionnaire réalisé auprès des médecins généralistes de l'agglomération de Montpellier. Montpellier; 2010.

ANNEXES

Intégralité du questionnaire

Chère consœur, cher confrère,

Je sollicite un peu de votre temps pour m'aider dans mon travail de thèse en remplissant le questionnaire ci-dessous, d'une durée de 6 minutes environ.

Ce travail est co-dirigé par Dr GUEZENEC et Dr MERCIER, praticiens hospitaliers dans le service de Médecine du Sport à l'hôpital de Perpignan.

Le but de ce questionnaire est de connaître les habitudes des médecins généralistes des Pyrénées Orientales en matière de prescription d'activité physique.

Je vous remercie sincèrement pour votre collaboration et pour le temps que vous pourrez me consacrer.

Avec toute ma reconnaissance,

Léonor BONNIN, interne en médecine générale.

1- Êtes-vous ?

- Un homme
- Une femme

2- Quel âge avez-vous ?

- < 34 ans
- 35-44 ans
- 45-54 ans
- 55-64 ans
- > 65 ans

3- Êtes-vous installé ou remplaçant ?

- Installé
- Remplaçant

4- Quel est votre type d'exercice ?

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

5- Dans quelle ville / commune exercez-vous ?

6- Avez-vous une formation particulière ?

- DU ou DIU Médecine du Sport
- DESC Médecine du Sport
- Capacité Médecine du Sport
- Autre : précisez

7- Pratiquez-vous une activité physique régulière ?

- Oui
- Non

8- Combien de temps par semaine y consacrez-vous ?

- Moins de 3h par semaine
- 3 à 5h par semaine
- Plus de 5h par semaine

9- Vous arrive-t-il d'évaluer la pratique d'activités physiques de vos patients ?

- Jamais
- Rarement (< 1 fois par mois)
- Assez souvent (<1 fois par semaine mais >1 fois par mois)
- Souvent (> 1 fois par semaine)
- Très souvent (tous les jours)

10- S'il vous arrive d'interroger vos patients concernant leurs activités physiques, quand le faites-vous ?

- De façon systématique
- En cas de pathologie particulière
- En cas de consultation de délivrance d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité physique

11- Globalement, conseillez-vous à vos patients d'avoir une activité physique régulière ?

- Jamais
- Rarement (< 1 fois par mois)
- Assez souvent (<1 fois par semaine mais >1 fois par mois)
- Souvent (> 1 fois par semaine)
- Très souvent (tous les jours)

12- Avez-vous connaissance du décret de 2016 habilitant les médecins à prescrire une activité physique sur ordonnance aux patients en ALD ?

- Oui
- Non

13- Avez-vous déjà proposé la prescription d'activité physique adaptée sur ordonnance aux

patients en ALD ?

- Jamais
- Rarement (< 1 fois par mois)
- Assez souvent (<1 fois par semaine mais >1 fois par mois)
- Souvent (> 1 fois par semaine)
- Très souvent (tous les jours)

14- Si jamais ou rarement, pourquoi ?

- Manque de compétence
- Pas convaincu du bénéfice de rédiger une ordonnance
- Mauvaise maîtrise des contre-indications
- Non connaissance des structures de prise en charge
- Ce n'est pas mon rôle
- Manque de temps
- Pas de cotation / consultation non valorisée
- Prescription non remboursée pour le patient
- Autre : ...

15- Avant de prescrire une activité physique, que faites-vous ?

- Interrogatoire sur l'histoire médicale et habitudes de vie du patient
- Entretien de motivation
- Examen physique complet
- Questionnaire standardisé d'évaluation de la pratique physique
- ECG de repos
- Autre examen complémentaire (EFR, épreuve d'effort, bilan radiologique...)
- Bilan diététique
- Autre : ...

16- Dans le cadre de la prescription d'activité physique, vers quelles aides extérieures orientez-vous vos patients ?

- Kinésithérapeute
- Médecin du sport
- Coach sportif
- Association sportive
- Internet et outils connectés
- Aucune
- Autre : ...

17- Parmi ces pathologies, laquelle ou lesquelles vous inciteraient à prescrire une activité physique ?

- Affections cardiovasculaires
- Affections respiratoires

- Diabète
- Obésité
- Hypercholestérolémie
- Pathologies rhumatismales
- Syndrome fibromyalgique
- Affections neurologiques
- Syndrome anxieux ou dépressif
- Pathologies tumorales
- Aucune
- Autre : ...

18- D'après vous, la prescription d'activité apporte ou apporterait-elle un bénéfice supplémentaire à votre prise en charge médicale ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

19- Afin d'optimiser la prescription d'APA, vous semblerait-il utile de créer une consultation spécifique dédiée uniquement à la prescription d'APA, avec une cotation spécifique ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

20- Le non remboursement est un frein à ma prescription :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

21- Afin d'inclure la prescription d'APA dans votre pratique quotidienne, selon vous, quels sont les points importants à développer ?

- Mise en place de financements pour les patients
- Formation adaptée pour les médecins
- Mise à disposition d'aides à la prescription
- Référencement des acteurs habilités et structures adaptées sur votre territoire
- Autre : ...

22- Si vous pensez qu'une formation complémentaire serait nécessaire avant de prescrire de l'activité physique adaptée sur ordonnance, quels thèmes vous paraîtraient utiles ?

- Mieux connaître les bienfaits de l'activité physique
- Comment prescrire une activité physique
- Comment adapter ma prescription en fonction des pathologies
- Mieux connaître les réseaux et acteurs du « sport santé bien être »
- Autres : ...

23- Si vous bénéficiez d'une formation, prescririez-vous de l'activité physique à vos patients ?

- Oui

- Non

24- Avez-vous des remarques particulières ?

Vous pouvez également laisser ici vos coordonnées mail afin de recevoir les résultats de cette étude.

Programme
de remobilisation
par l'activité physique

FORME

SANTÉ

PLAISIR



Bougez sur ordonnance[®]



Bougez sur ordonnance® un VRAI parcours de santé ADAPTÉ!

Dispositif gratuit
mis en place par la
DRJSCS Occitanie
et coordonné par
Profession Sport 66.

POURQUOI ?

- Améliorer sa condition physique à travers une activité physique santé, sécurisante et intégrée à son projet de vie.
- Redécouvrir le plaisir de bouger au quotidien.

Bougez sur ordonnance®



INFORMATIONS

Profession Sport 66
Chargé de mission sport-santé
Adrien CHERRIER : 07.72.43.67.21

Bougez sur Ordonnance

« Bougez sur ordonnance », décliné du dispositif national « Sport sur ordonnance » est porté par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) OCCITANIE. Il est mis en œuvre par Profession Sport 66, association proposant depuis de nombreuses années des programmes de prévention santé par l'activité physique sur le Département des Pyrénées-Orientales.

Par un accompagnement éducatif et motivationnel, préventif et/ou thérapeutique, le dispositif vise à permettre à toute personne sédentaire porteuse d'une maladie chronique d'accéder à une pratique d'activité physique et/ou sportive adaptée, sécurisante et intégrée à son projet de vie. L'objectif est de favoriser plus largement un mode de vie actif et de lutter contre la sédentarité.

LE DISPOSITIF S'ARTICULE EN 3 TEMPS:

1. La personne se rend chez son médecin et se voit prescrire une activité physique adaptée en lien avec son état de santé

2. La personne prend ensuite contact avec Profession Sport 66 qui réalise un entretien individuel initial :

⇒ Entretien motivationnel

⇒ Evaluation de la condition physique (test de marche, équilibre, force musculaire)

⇒ Questionnaire niveau d'Activité Physique

⇒ Recommandations et remise d'un carnet de suivi de l'activité physique

La personne est ensuite orientée vers le programme de réhabilitation de 8 semaines comprenant : Renforcement musculaire, activités d'amélioration de la condition physique, marche, gym urbaine, activités d'endurance cardio-respiratoire ...

Le programme se termine par un entretien individuel final et l'envoi d'un bilan de l'accompagnement au médecin prescripteur.

3. A l'issue du programme de réhabilitation, le patient sera orienté vers un club sportif partenaire sensibilisé à l'accueil de personnes malades chroniques.

Si autonomie insuffisante : possibilité de bénéficier d'un deuxième programme de réhabilitation

Profession Sport 66 s'engage:

- A effectuer un retour régulier au médecin tout au long du dispositif

- A suivre le patient durant les 6 mois suivant sa sortie du dispositif.

PROFESSION SPORT 66 : Adrien CHERRIER, Educateur sportif A.P.A., coordonnateur du dispositif : 04.68.52.09.34 – adrien.cherrier@profession-sports-loisirs.fr



CHARTRE PROFESSIONNEL DE SANTE



Programme « Bougez sur ordonnance[®] »

Le programme est porté par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Occitanie. Il est mis en œuvre par Profession Sport 66.

Les objectifs principaux sont :

- Améliorer la condition physique.
- Accompagner le sujet vers une reprise d'activité physique régulière.
- Accompagner le sujet vers une réduction des comportements sédentaires.
- Permettre une pratique en autonomie.

Les objectifs secondaires sont :

- Améliorer la qualité de vie.
- Continuer une activité encadrée.

Les publics ciblés sont :

- Personnes atteintes de maladie chronique stable (Traitement stable, c'est-à-dire non modifié au cours des 3 dernier mois) en ALD ou hors ALD sans limitation fonctionnelle sévère.
- Personnes majeures.
- Personnes présentant moins de 4 points au questionnaire de Marshall.

Les engagements

Les professionnels de santé s'engage à :

- Proposer et orienter les patients correspondant aux critères ci-dessus vers le programme « Bougez sur ordonnance[®] ».
- A remettre aux patients le document relatant la démarche du programme « Bougez sur ordonnance[®] ».
- Utiliser les outils intégrés au programme « Bougez sur ordonnance[®] ».
- Accepter son inscription dans l'annuaire des professionnels de santé membres du programme, réservé à l'usage interne.
- Coopérer à toute démarche d'évaluation globale du programme

Les médecins s'engagent en plus à :

- Produire un certificat médical d'absence de contre-indication.
- Délivrer une prescription médicale d'activité physique.

Les professionnels de santé autre que les médecins s'engagent en plus à :

- Orienter les patients vers leur médecin traitant signataire de la charte pour la délivrance du certificat médical d'absence de contre-indication et de la prescription médicale d'activité physique. Dans le cas où le médecin traitant n'est pas signataire de la charte, l'inciter à la signer.

NOM :

Prénom :

Profession :

N° Identification professionnelle :

Adresse d'exercice :

.....

N° de Tél :

N° de Fax :

Courriel :

Déclare adhérer au programme « Bougez sur ordonnance[®] » et accepter les engagements.

Cachet professionnel

Fait à, le

Signature du médecin



PRÉFET
DE LA RÉGION
OCCITANIE

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE CONTRE-INDICATION A la pratique d'activité physique adaptée¹

Je soussigné(e),
Docteur en médecine
Exerçant à
 Médecin traitant
 Autre :

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom
Prénom
Date de naissance

Et n'avoir pas constaté ce jour par l'interrogatoire, l'examen clinique voire des examens complémentaires de contre-indication à la pratique d'activité physique adaptée lors du programme passerelle² dans le cadre du dispositif « **Bougez sur ordonnance**[®] ».

Activités proposées :

Restrictions et précautions particulières

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour.

Cachet du Médecin

Fait à _____, le _____
Signature du médecin

1 En application de l'article L1172-1 du CSP, il s'agit d'une activité physique qui prend en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque médical du patient.

2 Le programme s'appuie sur une approche globale (bio-psycho-sociale) valorisante, sécuritaire, pédagogique et éthique centrée sur l'amélioration de la qualité de vie et le développement de la condition physique générale (renforcement musculaire, équilibre, adresse, coordination, sollicitation cardio-respiratoire).



PRESRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE¹

Je soussigné(e),
Docteur en médecine.
Exerçant à
 Médecin traitant
 Autre :

Préconise à :
Nom
Prénom
Date de naissance

De s'inscrire au programme passerelle² dans le cadre du dispositif « **Bougez sur ordonnance**[®] ».

De suivre les recommandations suivantes :
De réaliser un équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour.
De réduire les activités en position assise.

Type d'intervenant appelé à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire :

Cachet du Médecin

Fait à _____, le _____
Signature du médecin

¹ En application de l'article L1172-1 du CSP, il s'agit d'une activité physique qui prend en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque médical du patient.

² Le programme s'appuie sur une approche globale (bio-psycho-sociale) valorisante, sécuritaire, pédagogique et éthique centrée sur l'amélioration de la qualité de vie et le développement de la condition physique générale (renforcement musculaire, équilibre, adresse, coordination, sollicitation cardio-respiratoire).



BOUGEZ sur ordonnance

Dispositif régional de santé et de bien-être

**VOTRE MÉDECIN
peut vous prescrire**



UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE

ADAPTÉE
à votre problème de santé

Demandez-lui conseil !



Vous avez une pathologie chronique et/ou une faible condition physique ?

L'**activité physique** est reconnue aujourd'hui comme une **véritable thérapeutique non médicamenteuse** (Haute autorité de santé, INSERM). Devant les bénéfices incontestés, la **prescription** d'une activité physique pour toute personne porteuse d'une **maladie chronique**, associée à une évaluation des capacités physiques, doit être systématique et débiter le plus précocement possible.

Bougez sur ordonnance est un dispositif impliquant **votre médecin traitant** et facilitant la prescription d'activité physique à des fins de santé. Le programme d'activité physique proposé a pour objectif principal d'améliorer votre condition physique (capacités physiques), élément déterminant de votre santé.



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 : Le manque d'activité physique a été identifié par l'OMS comme étant le 2^e facteur de risque de maladie chronique évitable dans le monde. Dans un contexte de promotion de l'activité physique, une loi a été promulguée en 2016, habilitant les médecins à prescrire de l'activité physique adaptée (APA) aux patients atteints de pathologies chroniques.

Matériel et méthode : A l'aide d'un questionnaire diffusé aux médecins généralistes exerçant dans les Pyrénées Orientales, nous avons voulu étudier les pratiques des médecins généralistes quant à la prescription de cette APA. 77 réponses ont ainsi été obtenues.

Résultats : 26 % des médecins n'ont pas connaissance du décret de 2016 et 70 % ne prescrivent jamais d'APA. Pourtant, une majorité pense que cette prescription apporterait un bénéfice à leur pratique médicale. Le principal frein qui ressort de cette étude est la non connaissance des structures et acteurs de prise en charge des patients, mais le problème de l'absence de financement pour les patients ainsi que le manque de temps des médecins prescripteurs ont également été abordés.

Conclusion : La mise en application de l'acte de prescription semble encore trop abstraite pour de nombreux praticiens. Un référencement des structures et acteurs de prise en charge permettrait de l'inclure plus facilement dans la pratique courante en médecine générale et des formations seraient également nécessaires.

Mots clés : Activité physique ; Inactivité physique ; Sédentarité ; Médecine Générale ; Pyrénées Orientales ; Pathologies chroniques ; Prescription