

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE :2023

N°75

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention DES de Médecine Générale

PAR

Camille PFLIEGER

Née le 19 avril 1993 à Mulhouse (68)

**Prescri'mouv : évaluation des connaissances des médecins
généralistes du GHT Haute Alsace (hors Mulhouse), freins rencontrés
et pistes d'amélioration proposées**

Président de thèse : Professeur Nathalie JEANDIDIER
Directeur de thèse : Dr Philippe HILD



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022
Année universitaire 2022-2023

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Vice Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRV Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Héléne	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDP	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - Csp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE Iliès		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DELHORME Jean-Baptiste		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
ép. GUNTNER	CS		
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Dr BONAH Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
 Pr Ass. GRIES Jean-Luc
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HOLLANDER David
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth
 Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
 - ROUL Gérald (Cardiologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STIEB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, 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.

Admise à 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 les crimes.

Respectueuse et reconnaissante 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 restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A la Présidente de ce jury, Madame le Professeur Nathalie JEANDIDIER,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury et d'évaluer mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Docteur Corinne BILDSTEIN,

Merci pour ton accompagnement tout au long de l'internat, en me poussant toujours plus loin dans mes réflexions. Une oreille toujours attentive et disponible, qui a toujours su me rappeler combien il est important de trouver un équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

A Docteur Philippe HILD, directeur de cette thèse,

Merci de m'avoir guidée dans l'élaboration et l'amélioration de ce travail. Plus largement, merci de ton investissement pour les jeunes générations de médecins. Avec toi, l'expression « apprendre de ses pairs » prend tout son sens.

Aux médecins qui ont bien voulu me rencontrer pour les entretiens,

Merci d'avoir pris le temps de me répondre. Vos retours d'expérience ont été très enrichissants.

A mes supers collègues, Daniele, Christine, Sandrine, Caroline et Margot,

Quel bonheur et quelle chance de pouvoir travailler dans cette équipe. Votre accompagnement et votre bienveillance au quotidien n'ont de cesse de me faire évoluer dans ma pratique. Je ne pourrais imaginer la suite sans vous à mes côtés.

Aux filles de Stras', Lisa, Marie, Lola, Manon, Elsa et Charlotte,

Le parcours a été long et difficile, mais vous l'avez rendu beaucoup plus agréable. Chacune a su trouver sa voie et j'en suis heureuse.

A ma Dream Team, Ludmilla, Valentin et Félix,

Quelle bouffée d'oxygène vous m'avez apporté toutes ces années ! De nos missions d'externat, à nos fous rires en TD, votre trio m'a été d'un réconfort inestimable. Encore aujourd'hui, je sais qu'on peut compter les uns sur les autres. Merci.

A Romane,

Merci, parce que tu as été là depuis le début de cette P1 (petite pensée à ces heures de visios et ces tiramisu-anniversaire), et que tu n'as jamais cessé de l'être. Je suis si heureuse de te voir comblée aujourd'hui et si fière de tes futurs projets.

A Claire et Marie,

Que de souvenirs déjà ensemble. Depuis le collège, pendant mes études et encore aujourd'hui, votre soutien est sans faille. Je ne vous ai jamais dit combien il m'est précieux. Écrire ces remerciements sans vous mentionner m'auraient été impossible.

A ma belle famille,

Merci de m'avoir offert cette place dans votre tribut. Mais surtout merci pour ce que vous faites pour nous au quotidien.

A mon frère, Guillaume, et Solène,

Plutôt discrets, mais toujours là. J'admire votre persévérance à trouver votre voie, votre patience et votre capacité à prendre du recul sur les choses qui nous entourent. Qu'il est bon de vous savoir épanouis aujourd'hui.

A mes parents,

Les mots me manquent pour vous dire à quel point sans vous, rien de tout ça n'aurait été possible. Vous avez toujours été à mes côtés, à me soutenir et m'épauler. Vous avez cru en moi, quand moi-même je n'y croyais plus. Je sais qu'auprès de vous, je trouve toujours réconfort et soutien. Merci d'être vous.

Et enfin,

A Anthony,

Ta présence à mes côtés me fait avancer chaque jour. Maladroitement parfois, tu me pousses dans mes retranchements et me force à donner le meilleur de moi-même. Je n'aurai pu espérer un meilleur compagnon de vie. Merci pour tout ce que tu fais pour notre famille.

A Baptiste et « Numérobis »,

Vous m'avez donné le plus beau rôle de ma vie, mais le plus difficile aussi, celui d'être maman. Avec vous, et pour vous, je suis prête à affronter toutes les péripéties que m'offrira la vie.

FIGURES

Figure 1 - Tableau des équivalences d'activité en fonction de leur intensité (9)

Figure 2 - Les 11 GHT (Groupements hospitaliers de Territoire) de la région Grand Est

Figure 3 – Le GHT Haute Alsace

Figure 4 – Le parcours de prise en charge Prescri'mouv

Figure 5 - Le nombre de patients inclus après prescription par année

Figure 6 - Effectifs de patients selon le parcours intégré

Figure 7 - Répartition des effectifs selon la pathologie d'inclusion

ABBREVIATIONS

ALD : Affection longue durée

AP : Activité physique

APA : Activité physique adaptée

ARS : Agence régionale de santé

AOMI : Artérite oblitérante des membres inférieurs

AVC : Accident vasculaire cérébral

BMS : Bilan médico sportif

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CROS : Comités régionaux olympiques et sportifs

DEP : Débit expiratoire de pointe

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENNS : Enquête nationale nutri santé

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

FMC : Formation médicale continue

GHRMSA : Groupement hospitalier de la région de Mulhouse et sud Alsace

GPAQ : Global physical activity questionnaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HDL : High density lipoproteins

HTA : Hypertension artérielle

IMC : Indice de masse corporelle

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IPA : Infirmière de pratique avancée

MET : Metabolic equivalent of task (équivalent métabolique)

MMSE : Mini-mental state examination

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNAPS : Plan national de prévention par l'activité physique et sportive

PNNS : Plan national nutri santé

VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde

RSSA : Réseau de santé sud Alsace

REDOM : Réseau diabète obésité et maladies cardiovasculaires

STAPS : Sciences et techniques des activités physiques et sportives

VO2 max : Volume d'oxygène maximum

Table des matières

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	13
REMERCIEMENTS.....	14
FIGURES.....	17
ABREVIATIONS.....	18
1. INTRODUCTION	21
1.1. Définitions, recommandations et mise en application	23
1.1.1. Définitions.....	23
1.1.2. Les caractéristiques de l'AP	24
1.1.3. Les recommandations.....	25
1.1.4. L'application des recommandations.....	28
1.1.5. Bénéfices attendus	29
1.2. Prescription du sport	38
1.3. Prescri'mouv	40
1.3.1. De sa création à aujourd'hui.....	40
1.3.2. LE GHT Haute Alsace	41
1.3.3. Le Réseau de Santé Sud Alsace	43
1.3.4. Critères d'inclusion à Prescri'mouv.....	43
1.3.5. Fonctionnement.....	44
1.3.6. Financement	52
1.3.7.Évaluation du dispositif.....	53
1.3.8.Evolution du dispositif	53
1.3.9.Adressage.....	54
1.3.10. Bénéficiaires.....	54
1.3.11. Objectif de l'étude	56
2. MATERIEL ET METHODE	58
2.1. Type d'étude	58
2.2. Population.....	58
2.3. Déroulement de l'étude.....	59
2.3.1. Prise de contact	59
2.3.2. Les entretiens.....	59
2.3.3.Méthode de recueil	60
2.3.4. Méthode d'analyse	60
2.3.5. Procédures règlementaires.....	60
3. RESULTATS.....	62
3.1. Données socio-démographiques des médecins	62
3.2. Données générales de l'étude.....	63

3.3. Analyse des verbatims	63
3.3.1. Activité physique en consultation de médecine générale.....	63
3.3.2. Connaissance du dispositif par les généralistes.....	71
3.3.3. Formation aux médecins	79
3.3.4. Freins rencontrés par les patients	86
3.3.5. Freins rencontrés par les médecins	93
3.3.6. Pistes d'amélioration	98
4. DISCUSSION	120
4.1. Limites de l'étude	120
4.2. Forces de l'étude	121
4.3. Les principaux résultats	122
4.3.1. La prévention par l'activité physique en médecine générale.....	122
4.3.2. Méconnaissance importante du dispositif des médecins et comment y remédier.....	123
4.3.3. Difficultés liées à la ruralité	125
4.3.4. Freins à la prescription et pistes d'amélioration	126
4.4. Perspectives	129
5. CONCLUSION	131
6. BIBLIOGRAPHIE	134
7. ANNEXES	144
7.1. Annexe 1 : Formulaire de prescription d'activité physique	144
7.2. Annexe 2 : Phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une ALD	145
7.3. Annexe 3 : Questionnaire GPAQ version 2	146
7.4. Annexe 4 : Grille d'entretien	148
7.5. Annexe 5 : Exemple d'entretien	150
RESUME	159

1. INTRODUCTION

En France, on note une décroissance de la courbe d'activité physique depuis les années 1850 avec une nette accentuation à partir des années 1900. Ce déclin est incontestablement mis en relation avec les changements qui s'opèrent dans le pays à cette époque : une transition des métiers du milieu agricole vers le milieu tertiaire, l'industrialisation des systèmes de production et une motorisation des transports qui deviennent accessibles à la population générale. On parle « d'optimisation du rendement » : moins d'effort pour plus de résultats. (1) C'est ainsi que le temps d'activité physique quotidien passe de quatre heures trente à moins d'une heure en quelques décennies. (2)

Parallèlement à cette baisse d'activité physique, on note un accroissement des comportements sédentaires. L'avènement des nouveaux modes de communication (téléphones mobiles, réseaux sociaux...) et le temps passé devant les écrans qui en découle en sont une principale explication.

En 2010, l'Assurance maladie dénombrait 10 millions de personnes détenteurs d'une affection de longue durée parmi la population du régime général (soit 16,4% des assurés). Parmi eux, trois groupes de pathologies regroupaient deux tiers des ALD : les maladies cardio-neurovasculaires, le diabète et les tumeurs malignes. De plus, la proportion de patients ayant une maladie chronique ne cesse de croître (+ 4,9% de 2005 à 2012). (3)

Actuellement, les bénéfices d'une activité physique régulière sont reconnus par tous et pour tous, que ce soit dans un but de prévention primaire, notamment chez les plus jeunes, mais aussi et surtout dans un but de prévention secondaire. Cela permettrait une baisse de la prévalence de ces pathologies, mais surtout une baisse de leurs complications (diminution des soins, des hospitalisations et en conséquence un moindre coût).

De plus, l'inactivité est reconnue pour avoir un impact économique incontestable au niveau mondial. En 2020, l'OMS estimait qu'elle était à elle seule responsable de 524 milliards de dollars en ce qui concerne les traitements, 54 milliards en soins directs (consultation, hospitalisation) et de 14 milliards en termes de perte de productivité. (4) En France, les coûts liés à l'inactivité physique s'élèveraient à 140 milliards d'euros par an. (5)

C'est ainsi que la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique deviennent des leviers d'action majeurs pour améliorer la santé de la population et leur qualité de vie.

1.1. Définitions, recommandations et mise en application

1.1.1. Définitions

1.1.1.1. Activité physique

Selon l'OMS, l'activité physique (AP) se définit par « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie » (Caspersen et al., 1985).

L'activité physique se divise en cinq sous catégories :(6)

- L'AP liée aux tâches de la vie quotidienne (tâches ménagères ou domestiques),
- Les déplacements actifs,
- Les activités dans le cadre professionnel ou scolaire,
- L'exercice physique qui est lui une AP régulière, planifiée, organisée dont l'objectif est le maintien de la forme physique,
- L'activité sportive ou sport. Le sport est le niveau le plus sophistiqué de l'activité physique. Il sous-entend une activité régulière et organisée pour maintenir ou développer la condition physique comme l'exercice physique, mais s'y ajoute une composante sociale avec des règles à respecter dans le but de performance et de compétition.

1.1.1.2. La sédentarité

Ces activités s'opposent aux activités dites sédentaires, soit toute activité dont la dépense énergétique qui en résulte est faible ou équivalente à celle au repos mais chez un sujet éveillé.

Cela correspond à être assis, couché, être passager dans une voiture, être devant un écran, lire...(6)

1.1.1.3.L'inactivité

On parle alors d'inactivité quand le comportement n'est pas sédentaire, mais que l'activité physique est insuffisante et ne répond pas aux recommandations. (6)

1.1.2. Les caractéristiques de l'AP

L'intensité de l'exercice se quantifie généralement en METs (Metabolic Equivalent of Task).

Elle se calcule par un rapport entre la dépense énergétique de l'activité évaluée par l'énergie dépensée au repos. Le MET d'une activité correspond alors à un multiple de la dépense énergétique d'un sujet au repos.(7)

Par exemple, une activité qui occasionnera une dépense énergétique équivalent à trois fois celle de repos, sera cotée à 3 METs. (8)

Une activité sédentaire, par définition, représente moins de 1,6 METs.

Par équivalence, 1 MET correspond à une consommation d'oxygène (VO₂) de 3,5 mL/kg/min.

Si une conversion en kcal/min est souhaitée, on utilise une équation simplifiée contenant le poids du sujet ($\text{kcal/min} = (\text{MET} \times 3,5 \times \text{Poids en kg}) / 200$).

On peut également caractériser l'AP par sa durée (temps en minutes), par sa fréquence (quotidienne, hebdomadaire), ou par son volume (produit de la durée et de l'intensité).

Enfin on peut également la caractériser selon le type d'AP : endurance, musculation, souplesse, neuromotricité (équilibre, coordination). (7)

Tableau 18.1. Équivalences d'activité en fonction de leur intensité.

Activités légères	Activités modérées	Activités intenses
Moins de 3 METs	Entre 3 et 6 METs	Plus de 6 METs
<ul style="list-style-type: none"> • Marcher lentement • Nager lentement • Jardiner • Pédales à vélo sans faire d'effort • Nettoyer les meubles, dépoussiérer 	<ul style="list-style-type: none"> • Marcher rapidement (6 km/h) • Jouer au golf en portant ses clubs • Nager normalement • Tondre la pelouse • Jouer au tennis en double • Faire du vélo à 8-14 km/h sur terrain plat ou peu pentu • Step, gymnastique 	<ul style="list-style-type: none"> • Courir, marcher sportivement • Nager (vitesse de compétition) • Faucher • Jouer au tennis en simple • Faire du vélo à plus de 15 km/h ou en montée

1 MET correspond à la dépense énergétique au repos, soit 1 kcal par kg de poids corporel et par heure.

Figure 1 : Tableau des équivalences d'activité en fonction de leur intensité (9)

1.1.3. Les recommandations

L'OMS a établi un Plan d'Action Mondial pour promouvoir l'activité physique entre 2018 et 2030. L'objectif est de sensibiliser la population mondiale par des moyens adaptés, afin de réduire de 15% l'inactivité par rapport au dernier rapport de l'OMS de 2016, de diminuer les disparités et garantir un accès de qualité à l'activité physique à tout un chacun. En ce sens, ils ont émis des recommandations de pratiques pour les différents groupes de patients, permettant ainsi une surveillance et un suivi de la santé mondiale. (6)

1.1.3.1. Enfants et adolescents de 5 à 17 ans

Il est préconisé de pratiquer :

- 60 minutes d'activité physique journalière, d'intensité modérée à soutenue, toute la semaine,

- Et au moins trois fois par semaine des activités soutenues avec notamment des exercices de renforcements musculaires (mettant en jeu les différents groupes musculaires, soit membre supérieur, membre inférieur et rachis).

Le but est de favoriser une activité ludique, adaptée aux capacités de l'enfant, facilement compréhensible, pour que l'activité s'inscrive dans des habitudes de vie de façon pérenne.

1.1.3.2. Adultes de 18 à 64 ans

Pour tout un chacun, il est préconisé de pratiquer de manière régulière :

- 150 minutes à 300 minutes d'activité modérée ou 75 minutes d'activité soutenue (ou toute combinaison équivalente alliant activité physique modérée et soutenue)
- Ainsi que deux fois minimum par semaine, des activités de renforcement musculaire d'intensité modéré à soutenue.

Toute activité compte, mais il est nécessaire que l'exercice dure plus de 10 minutes d'affilée pour être bénéfique d'un point de vue de l'endurance cardiovasculaire.

C'est en ce sens que le Plan National Nutri Santé en France préconisait 30 minutes d'activité modérée cinq fois par semaine.(10)

1.1.3.3. Adultes âgés de 65 ans et plus

Pour cette catégorie de population, les recommandations sont sensiblement les mêmes que pour les adultes plus jeunes, cependant on y rajoute quelque chose d'essentiel notamment pour la prévention des chutes :

- Au moins trois fois par semaines des exercices d'équilibre et de force d'intensité modérée ou soutenue (par exemple, exercice les yeux fermés, travail avec un appui monopodal ou sur une surface instable).

1.1.3.4. Adultes en ALD ou porteurs d'un handicap

Pour les patients suivis pour une affection de longue durée, les recommandations sont les mêmes que pour la population âgée de plus de 65 ans. Cependant l'accent est mis sur une activité adaptée, prenant en compte les limitations fonctionnelles du patient, celles liées à sa maladie et à ses traitements le cas échéant. Cette activité doit être d'augmentation progressive voir encadrée si le patient en ressent le besoin.

1.1.3.5. Femmes enceintes et en post partum

Une activité physique est recommandée pendant toute la durée de la grossesse et du post partum (sauf pathologie nécessitant un repos strict comme les menaces d'accouchements prématurés). Elle comprend :

- 150 minutes d'activités modérées par semaine, avec possibilité d'y inclure des exercices de renforcements musculaires et d'étirements.

A noter que les femmes qui pratiquaient déjà une activité physique soutenue avant la grossesse, peuvent sans conteste poursuivre cette même activité. Il est cependant nécessaire de respecter certaines conditions de pratique : pas d'exercice soutenu en cas de température excessive, s'assurer d'une bonne hydratation pendant et après l'effort, éviter les sports de contacts et d'altitude et enfin éviter la position en décubitus dorsal passé le premier trimestre.

Cette période est vue comme une bonne période pour débiter une activité physique si elle est absente auparavant, du fait d'une volonté des patientes à cet instant d'avoir une bonne hygiène de vie.

Concernant ces recommandations, et pour toute la population générale, il faut comprendre que le moindre effort est bénéfique par rapport à l'absence d'effort, même si l'objectif n'est pas atteint. Et chaque patient, qu'elle que soit sa catégorie, peut aller au-delà des recommandations selon ses capacités.

Enfin, il est recommandé à la population de limiter la sédentarité. Pour cela, chaque période en position assise ou couchée prolongée devrait être entrecoupée, toutes les 90 à 120 minutes, d'une période d'activité de 3 à 5 minutes (type marche, montée/descente d'escalier).

1.1.4. L'application des recommandations

Deux études ont été menées dans le but d'évaluer les pratiques des Français en matière d'activité physique et de sédentarité : l'Enquête Nationale Nutri Santé (ENNS 2006-2007) puis l'Etude Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition (ESTEBAN 2014-2016, volet nutrition). Faites à 10 ans d'intervalle avec sensiblement les mêmes indicateurs, elles permettent d'avoir un reflet sur l'évolution des pratiques sur cette décennie. (2)

1.1.4.1. Sur l'activité physique

En 2016, 70,6% des hommes et 52,7% des femmes pratiquaient une activité suffisante selon les recommandations de l'OMS contre 63% de la population en 2006 (répartition de façon égale entre hommes et femmes). On constate donc une nette inégalité au détriment des femmes quels que soient leur âge et leur niveau social.

En 2016, 41,8% des enfants seulement appliquaient les recommandations en matière d'activité physique. On notait là aussi une disparité garçon/fille : un garçon sur deux et une fille sur trois était assez actifs. Il n'y a pas eu d'évolution significative depuis 2006. Les activités citées par les enfants concernaient surtout les cours d'éducation physique et sportive en milieu scolaire et les sports en club.

1.1.4.2. Sur la sédentarité

L'enquête ESTEBAN montrait que 80% des adultes déclaraient passer trois heures ou plus par jour devant un écran en dehors de leurs activités professionnelles. Ce pourcentage augmente si le niveau de diplôme du patient diminue. Ce temps d'écran a augmenté depuis 2006 (53%) quel que soit le genre, dans toutes les tranches d'âge mais de façon plus marquée chez les femmes.

En ce qui concerne les enfants, en 2016, 80,7% des garçons et 73,4% des filles passaient deux heures ou plus par jours devant un écran. Cette proportion augmente avec l'âge (surtout après 10 ans) quel que soit le genre, et diminue lorsque le niveau de diplôme de l'adulte référent augmente. Par rapport à 2006, c'est +17% des enfants (quels que soient l'âge, le genre, le niveau d'étude de l'adulte référent).

Plus largement au niveau mondial, on estime que 18,5% des adultes passent plus de sept heures et demie en position assise (pour une médiane de cinq heures).

1.1.5. Bénéfices attendus

1.1.5.1. Les maladies cardiovasculaires

Elle représente la première cause de mortalité mondiale soit 30% des décès. (11) Parmi elles on retrouve essentiellement les maladies coronaires, les accidents vasculaires cérébraux,

l'artérite oblitérante des membres inférieurs et leurs différents facteurs de risque comme l'hypertension et la dyslipidémie.

L'activité physique est recommandée pour ces pathologies tant pour prévenir leur apparition que pour en limiter leurs complications.

Les activités d'endurance permettent une augmentation du taux de HDL circulant ainsi qu'une diminution des triglycérides. (12)

On note également une diminution des phénomènes d'athérosclérose par rapport à des patients sédentaires. Chez les patients atteints d'une coronaropathie, on note une augmentation de la VO₂max. Si l'activité est intense avec plus de 2200 kcal par semaine, on peut même espérer une régression des lésions d'athérosclérose.(13)

D'un point de vue vasculaire, l'activité physique possède un effet protecteur sur les vaisseaux. Par l'augmentation du débit circulatoire qu'elle engendre, il existe une stimulation de production du monoxyde d'azote (NO), vasodilatateur, ce qui permet donc une diminution de la résistance vasculaire. On sait aujourd'hui qu'avec l'avancée en âge, cette production tend à diminuer, ce qui favorise l'apparition de l'athérosclérose et de l'hypertension artérielle.(14)

Sur la fonction cardiaque en elle-même, l'exercice permet une augmentation de la contractilité par le biais de remodelage moléculaire et métabolique des myocytes. (12)

On note un effet notable de l'activité sur la tension artérielle : chez des patients ayant une tension normale la pratique régulière d'activité diminue l'incidence de l'HTA, chez les patients hypertendus une méta-analyse montrait qu'une activité modérée régulière 3 à 5 fois par semaine permettait une diminution de 3,4/2,4 mmHg. (15,16)

Chez les patients ayant une artérite oblitérante des membres inférieurs, la claudication intermittente et donc la limitation du périmètre de marche sont le plus handicapant. L'activité physique permet une augmentation de la distance de marche sans douleur mais aussi de la distance de marche totale. (17,18)

L'AVC est la première cause de handicap acquis chez l'adulte. La pratique régulière d'activité physique réduirait le risque d'AVC de 20% (à raison de 30 minutes par jour pendant 5 jours par semaine). (19) Ceci s'explique par une influence sur ses facteurs de risque mais aussi sur le système endothélial. Par ailleurs, chez les patients ayant déjà fait un AVC, elle permettrait une meilleure récupération musculaire et cardiovasculaire ainsi qu'une diminution du risque de récurrence. (20,21)

Globalement, l'activité physique permet une diminution du risque cardio-vasculaire lorsque celle-ci est régulière. Il existe une réponse type dose à effet : quand l'intensité augmente, le risque diminue. (22)

On estime qu'il existe une baisse de la mortalité toutes causes confondues à partir de 50 à 60 minutes d'activité physique modérée par jour. (23)

Par ailleurs, certaines études suggèrent qu'une pratique excessive au long terme (type 25 marathons sur 25 ans) pourrait causer des effets délétères. Dans cette catégorie de population, la fréquence des événements cardiovasculaires serait identique à celle chez des patients atteints d'une pathologie cardiovasculaire connue. Ceci s'expliquerait par une fibrose atriale accrue, responsable elle-même de troubles du rythme cardiaque. (24)

1.1.5.2. Le diabète de type 2

Une étude de cohorte prospective sur presque trois décennies a permis de montrer que l'activité physique, modérée à intense et de façon régulière, permet sur le long terme de réduire l'incidence du diabète de type 2 de 19%. Elle permet également, chez les patient atteint de diabète de type 2, de réduire la mortalité toutes causes mais surtout cardiovasculaire, si les durées recommandées sont effectuées Ceci, indépendamment des caractéristiques socio-démographies et des habitudes de vie alimentaires. (25)

Une méta-analyse retrouve que le contrôle glycémique est bien meilleur lorsqu'une activité est entreprise. Cette amélioration est d'autant plus importante que l'IMC de départ est haut, et que le diagnostic de la maladie est récent. (26)

1.1.5.3.L'obésité

L'obésité est une maladie dont la prévalence ne cesse de croitre, alors même qu'elle est responsable d'une augmentation de la prévalence des pathologies cardiovasculaires et d'une mortalité précoce. (22)

Une méta-analyse de 2021 mettait en évidence que l'activité physique permettait une perte de poids, une diminution de l'IMC, une baisse de la masse grasse et de la graisse viscérale. On notait également une augmentation de la masse maigre ce qui permettait de ce fait une augmentation du métabolisme de base. (27)

La perte de poids est cependant responsable d'une diminution de la masse osseuse et de la masse musculaire de par son mécanisme. Mais cet événement est limité par la pratique régulières d'un exercice physique.(28)

Il est néanmoins important de souligner que dans toutes ces études, l'effet seul de l'activité physique ne peut être prouvé, puisque toujours accompagné de restriction calorique. (29)

Chez un patient obèse, une activité sportive même ponctuelle permet une meilleure sensibilité à l'insuline dans les jours suivants.(30)

1.1.5.4. Asthme

L'activité physique ne permet pas d'amélioration de la fonction pulmonaire de repos (paramètre tel que VEMS, DEP), mais permet une augmentation de la consommation maximale en oxygène ainsi qu'une augmentation de la fréquence cardiaque maximale. C'est une amélioration de la santé cardio-pulmonaire globale qui est permise, sous réserve que l'asthme soit contrôlé et que le programme d'activité soit adapté au patient. (31)

1.1.5.5. La BPCO

La BPCO est la 3ème cause de mortalité mondiale (OMS 2019). Une revue de la littérature de 2022 montre que le niveau et l'intensité de l'activité physique diminue dès le début de la maladie. Pourtant, elle participerait à améliorer la dyspnée (symptôme majeur de la maladie) et la tolérance à l'exercice. (32)

4 types de barrières ont été avancés pour expliquer cette baisse de l'activité physique :

- Des critères sociodémographiques (les femmes et un âge avancé sont responsable d'un niveau d'activité physique diminué),
- Des facteurs physiologiques : la fonction pulmonaire basale basse, de nombreuses comorbidités et une dyspnée invalidante sont responsables d'une diminution de l'activité physique. Pourtant, moins on est actif, plus on perd de masse musculaire (ce qui est déjà le cas dans la maladie), plus la maladie progresse,

- Des facteurs psychologiques : l'activité physique a une influence majeure sur les symptômes d'anxiété,
- L'environnement : les infrastructures présentes et les conditions climatiques.

Une étude de cohorte de 2006 démontrait que l'activité physique modérée à intense permettait de diminuer la mortalité toute cause confondue chez les patients atteints de BPCO, et surtout le nombre d'hospitalisations (marqueur d'évolution de la maladie). (33)

Une autre étude prospective de 2014 retrouvait que l'absence d'activité physique ou une diminution de l'activité physique initiale augmentait le nombre d'hospitalisations et a contrario, qu'un maintien de l'activité physique initiale ou une augmentation de celle-ci permettait une diminution des hospitalisations. (34) La marche à raison de 3 à 6km/j suffirait à diminuer la probabilité d'une hospitalisation dans l'année. (35) Pour aller plus loin, l'inactivité à la sortie d'une hospitalisation, serait un facteur prédictif d'une réadmission dans les trente jours. (36)

D'une manière générale, le risque de morbi-mortalité est inversement corrélé au niveau d'activité physique chez les patients BPCO. La meilleure tolérance à la dyspnée et l'augmentation de la capacité inspiratoire permettent une amélioration de la qualité de vie plus du patient.(37)

Enfin, si on note une diminution de la mortalité liée à la BPCO grâce à l'activité, on observe également une diminution de la mortalité cardiovasculaire chez ces patients. (38)

1.1.5.6. Les cancers

De manière générale, l'activité physique semble jouer un rôle important dans la cancérogénèse que ce soit en prévention primaire ou secondaire. (39,40)

1.1.5.6.1. Le cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent au niveau mondial.(41)

L'activité physique semble réduire le risque de cancer du sein de 25% par rapport à des femmes inactives. Le bénéfice est d'autant plus important que l'activité est régulière, d'intensité modérée à intense, ou entreprise/maintenue après la ménopause. (42)

Chez les femmes ayant eu un cancer du sein, et ayant nécessité une chimiothérapie ou une radiothérapie, on observait sur un suivi de douze mois une amélioration de la qualité de vie, de l'anxiété et de la perception physique quand une activité physique était pratiquée par rapport à des femmes inactives. (43)

De plus, chez des femmes ayant un cancer du sein avancé au diagnostic, débiter une activité physique journalière d'une heure ou plus permettait d'obtenir des chances de survie plus importante, d'autant plus si la patiente n'en pratiquait aucune auparavant. (44)

Enfin, la pratique d'une activité permettait de diminuer le risque de récurrence de 16%, le risque de mortalité lié au cancer mais aussi la mortalité toute cause. (45,46)

1.1.5.6.2. Le cancer colorectal

Le cancer colorectal est le troisième cancer en termes de fréquence au niveau mondial.

L'activité physique permettrait une diminution du risque du cancer colorectal tandis que la sédentarité en augmenterait le risque. (47) La méta-analyse de Wolin et al. de 2009 estimait cette diminution à 24%. (48)

Une activité régulière de type cinq fois par semaine, permettrait de diminuer ce risque de façon plus importante chez l'homme que chez la femme. (49)

Les mécanismes qui pourraient expliquer ce phénomène seraient une augmentation de la motilité intestinale (qui engendre augmentation du transit donc une diminution de l'exposition aux agents carcinogènes) mais aussi une diminution de l'inflammation systémique.(50)

Après un diagnostic de cancer du côlon, la pratique d'une activité diminuerait de 39% le risque de mortalité spécifique. (49)

Pour les patients qui augmenteraient leur temps d'activité après diagnostic, cela diminuerait la mortalité totale par rapport aux patients qui sont inactifs ou qui n'ont pas évolué sur leur pratique. (51)

Enfin, l'exercice permet d'améliorer la qualité de vie en post diagnostic, effet d'autant plus marqué chez les femmes. (52)

1.1.5.6.3. Le cancer de la prostate

Il n'existe à ce jour que peu de données et d'études sur la relation entre l'activité physique et l'incidence d'un cancer de la prostate ou de sa progression.

Cependant, chez les patients ayant un cancer de la prostate non métastasé, une activité modérée à vigoureuse permet une diminution de la mortalité totale (49% si plus de 3h d'intensité intense par semaine, versus 46% si plus de 90 minutes de marche par semaine d'intensité modérée). Par contre, seule la pratique d'une activité intense permet de réduire le

risque de mortalité spécifique (réduction de 61% si activité supérieure à 3heures par semaine), et ceux de façon dose dépendante. A noter que chez les hommes ayant une activité intense avant et après le diagnostic, le risque demeure le plus faible. (53)

Enfin, l'exercice permettrait une amélioration des effets secondaires liées au thérapeutiques utilisées (notamment sur les symptômes urinaires et la condition physique après radiothérapie).(54)

1.1.5.7 Femmes enceintes

Une revue de la littérature publiée en 2022 démontre que l'activité physique pendant la grossesse participe à diminuer le risque de diabète gestationnel, prévient la prise de poids excessive (elle-même responsable d'une augmentation du risque de diabète gestationnel) ainsi que les pathologies liées à l'hypertension gravidique. Une pratique régulière telle que recommandée par l'OMS permet également d'améliorer les problèmes d'incontinence urinaire pré et post-partum, d'anxiété et de dépression du post-partum. On note également une diminution des lombalgies au cours de la grossesse. (55–57)

Il n'a pas été retrouvé dans cette revue de la littérature d'augmentation des risques ou d'évènements indésirables, sous réserve d'avoir une activité adaptée à ses capacités et aux pathologies en cours s'il y en a. L'activité physique en cours de grossesse n'influe pas sur la probabilité d'avoir un accouchement par césarienne.(58)

1.1.5.8 Les personnes âgées

Sur le plan cognitif, une étude randomisée de Lautenschlagre montrait que l'activité physique permettait un ralentissement du déclin cognitif avec une amélioration du MMSE et une amélioration des fonctions exécutives. (59)

Par ailleurs, de l'exercice physique à raison de trois fois une heure par semaine, permet une augmentation du flux sanguin notamment au niveau des hippocampes, permettant une amélioration de la mémoire immédiate et retardée. (60)

Sur le plan physique, on sait que le risque de chute se majore avec l'âge, entraînant un risque important de fracture (notamment dû à l'ostéoporose). Les chutes sont responsables à elles seules d'une diminution de la qualité de vie, d'une restriction de l'activité physique ultérieure et d'un isolement social. C'est un facteur prédictif d'institutionnalisation. (61,62)

Il est prouvé que l'activité physique diminue ce risque de chute à court et à long terme. Ceci s'explique en partie par une diminution de la sarcopénie permettant une amélioration de la proprioception, de l'équilibre mono et bipodal et d'une tonification des muscles posturaux. (63–65)

De plus, l'exercice participe également à la prévention de l'ostéoporose, surtout au niveau lombaire, par stimulation de l'activité ostéoblastique et en préservant le capital osseux existant. (66)

1.2. Prescription du sport

Devant l'augmentation croissante de l'incidence des maladies chroniques, de la morbi-mortalité qui en découle et par conséquent des coûts qui en résultent, la France établit en 2000 un Plan National Nutrition Santé (PNNS) visant à lutter contre le surpoids et l'obésité. (10)

C'est sous la demande conjointe des Ministères de la Santé et de la Jeunesse et celui des Sports et de la vie associative que le Plan National de prévention par l'Activité Physique et Sportive (PNAPS) voit le jour en 2008. Il n'est cependant pas mis en œuvre.

En 2010, l’OMS affirme que les maladies chroniques sont accessibles à la prévention par le biais de quatre leviers : la consommation de tabac et d’alcool, les mauvaises habitudes alimentaires et l’inactivité physique.

La Haute Autorité de Santé (HAS) reconnaît l’activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse en 2011. (67) En effet, sous la demande de la direction de la Sécurité Sociale, elle mène une analyse sur le développement de ces thérapeutiques non médicamenteuses, en évaluant les freins à leur mise en œuvre. Il paraissait opportun pour un développement optimisé, d’informer les patients et les professionnels pour une meilleure adhésion, d’améliorer le cadre organisationnel et économique ainsi que l’accès à l’offre.

En 2012, par accord interministériel entre Marisol Touraine (ancienne Ministre de la Santé) et Valérie Fourneyron (ex- Ministre des Sports, de la Jeunesse, de l’Éducation populaire et de la Vie associative) naît le Plan National Sport Santé Bien Être. Ce dernier vise à encadrer et promouvoir le « Sport-santé » notamment pour les populations fragiles incluant les patients atteints de maladies chroniques. Pour parvenir à cela, il est proposé la création de réseaux régionaux pour soutenir la démarche afin d’intégrer la pratique d’activité physique dans les contrats locaux de soins.

En janvier 2016, la Loi de Modernisation du système de santé stipule que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ».

Le décret d’application est publié le 30 décembre 2016 pour une entrée en vigueur le 1^{er} mars 2017. Celui-ci met en lumière les conditions de dispensation : formulaire spécifique, formation des intervenants, objectif pour les patients et suivi proposé.(68)

A noter que ce décret vient fortifier des expériences locales déjà en place à l'initiative de certaines collectivités comme Strasbourg dès 2012.

Une expertise collective menée par l'INSERM en 2019, sollicitée par le Ministère chargé des Sports, dresse un bilan des connaissances quant aux bénéfices de l'activité physique sur la santé. Il la replace dans le parcours de soin et propose des actions à mettre en œuvre pour que les patients adhèrent à une activité physique régulière. (8)

1.3. Prescri'mouv

1.3.1. De sa création à aujourd'hui

Prescri'mouv est un dispositif régional visant à promouvoir l'activité physique qui a été créé le 22/10/2018, mise en œuvre sous la direction de la région Grand est et de son Agence Régionale de la santé (ARS), de la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion sociale (DRDJSCS) ainsi que le Régime Local d'Assurance Maladie (RLAM).

Initialement, seulement 5 départements ont pu bénéficier du dispositif: les Ardennes, l'Aube, La Marne, La Haute Marne et le Haut Rhin ainsi que la Ville de Strasbourg sous le nom de Sport Santé (expérimentation depuis 2012).

Le 1 mars 2019, l'offre a été élargie à la Meurthe et Moselle, la Moselle, la Meuse, le Bas Rhin et les Vosges.

Pour avoir un relai local, Prescri'mouv a été coordonné par des réseaux de santé, représentés par le Réseau de Santé Colmar et le Réseau de Santé Sud Alsace pour le Haut Rhin.

1.3.2. LE GHT Haute Alsace

La Loi Santé 2016 est à l'origine de la formation de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). On en dénombre ce jour 136 sur l'ensemble du territoire français, 11 dans la région Grand Est. L'Alsace elle est divisée en trois : le GHT Haute Alsace, le GHT Centre Alsace et le GHT Basse Alsace Sud Moselle. (70)



Figure 2 : Les 11 Groupements Hospitaliers de Territoire de la région Grand Est

Le but principal de ces GHT étant la mutualisation des ressources en matière de santé sur un territoire afin de garantir une offre et un accès aux soins de manière qualitative mais surtout de proximité. La prise en charge se veut collective tant sur le plan médical que social.

Le GHT Haute alsace est regroupé autour de trois centre hospitaliers :

- Le Groupement Hospitalier Régional de Mulhouse Sud Alsace (GHRMSA), auquel ont été annexés en janvier 2017 le CH d'Altkirch et de Sierentz, ainsi que l'EHPAD de Rixheim
- Le Centre Hospitalier de Rouffach
- Le Centre Hospitalier de Pfastatt.

Plus clairement, le GHT Haute Alsace s'étend de la frontière sud du Haut Rhin, jusqu'au nord de Mulhouse. Ceci correspond à un bassin de population de 483 036 habitants (Insee 2013) dont Mulhouse est la principale agglomération avec ses 108 312 habitants (Insee 2019).



Figure 3 : Le GHT Haute Alsace

1.3.3. Le Réseau de Santé Sud Alsace

Le Réseau de Santé Sud Alsace est né en 2014 de la fusion du Réseau de santé Haute Alsace créée en 2002 et de l'ASPREMA (ASSociation de PREvention Mulhousienne de l'Athérosclérose). (71)

Initialement, le champ d'action était restreint aux patients diabétiques. Il s'est peu à peu diversifié, et s'est ouvert à l'obésité et aux patients ayant un risque cardiovasculaire élevé. Le but principal du RSSA aujourd'hui étant surtout l'éducation thérapeutique, afin d'accompagner le patient dans ses prises en charge pour améliorer sa qualité de vie.

On y retrouve un médecin coordinateur, des infirmières, des diététiciennes, des psychologues et un podologue.

Il existe pour l'heure quatre sites de consultations : Mulhouse, Altkirch, Thann et Saint Louis ce qui permet de couvrir l'intégralité du secteur du GHT Haute Alsace.

L'adhésion est demandée par le médecin traitant, pour initier le Plan Personnalisé de Soins, propre à chaque patient. La prise en charge d'un an est gratuite pour le patient.

Le RSSA est essentiellement financé par l'ARS.

1.3.4. Critères d'inclusion à Prescri'mouv

A ses débuts, le but de Prescri'mouv était de promouvoir l'activité physique et sportive chez les patients diabétiques (type 1 et 2), les patients ayant des pathologies cancéreuses (sein, colorectal, prostate), une artériopathie des membres inférieurs, ou une broncho-pneumopathie chronique obstructive mais aussi les patients avec une obésité dont l'IMC est entre 30 et 40.

Ce dispositif ne s'applique qu'aux adultes. (72)

A noter que les personnes souffrant de limitations fonctionnelles sévères sont exclues de ce dispositif (annexe 2)

1.3.5. Fonctionnement

1.3.5.1. Prescription

Le médecin, généraliste ou spécialiste dispose d'un document prérempli (annexe 1) sur lequel il doit indiquer son nom ainsi que le nom et prénom du patient. On retrouve les différentes pathologies sus citées, listées les unes sous les autres, afin que le prescripteur coche la case correspondant à son patient pour justifier de la prescription. Le médecin peut à ce moment-là émettre des recommandations ou des préconisations sur les activités ou les limitations potentielles du patient, mais ceci reste facultatif. Il lui reste alors à dater et signer le document, puis à le remettre au patient pour qu'il contacte lui-même le dispositif. (7)

1.3.5.2. Contact et premier entretien

Les patients peuvent prendre contact avec l'opérateur du dispositif Prescri'mouv via un numéro unique pour la région Grand Est. Ils rencontrent alors un/une enseignante en activité physique adaptée ou masseur-kinésithérapeute du dispositif. Cette première consultation vise à évaluer les capacités physiques du patient, d'en repérer les limitations puis de proposer des activités physiques compatibles avec son état de santé. Cette consultation est entièrement gratuite pour le patient. Le délai moyen entre l'appel du patient et le rendez-vous est d'environ un mois.

Cet entretien permet la réalisation du bilan médico-sportif (BMS) (annexe) qui comprend :

- Un entretien oral et motivationnel entre l'enseignant et le patient. L'enseignant interroge sur l'origine du patient (patient adressé par un réseau de santé ou un médecin), sur ses habitudes de vie concernant l'activité physique quotidienne (tâches réalisées au domicile, habitude de marche, marche avec aide ou non, notion de chutes récentes, prise en charge par un kinésithérapeute...). Il demande si le patient a quelque chose à déclarer concernant des éventuels symptômes invalidants type dyspnée, douleurs...
- Puis l'enseignant en activité physique va procéder à un testing moteur incluant :
 - ➔ Le time up and go : exercice qui consiste à se lever d'une chaise avec accoudoirs, marcher trois mètres, faire demi-tour et revenir s'asseoir. On évalue le temps nécessaire à réaliser l'ensemble des tâches. Chaque élément réalisé se cote 1 point. Un score inférieur ou égal à un ou un temps écoulé supérieur à vingt secondes suggère un risque de chute importante.
 - ➔ Le test unipodal : on demande au patient de se tenir successivement sur un seul pied pendant plus de cinq secondes.
 - ➔ L'exercice demandant au patient de se lever de sa chaise sans s'aider des mains, de se rasseoir, et de répéter l'opération le maximum de fois possible en trente secondes
 - ➔ Le test de marche de six minutes

Selon les résultats de cette évaluation, l'enseignant proposera au patient d'intégrer trois parcours différents :

- Parcours 3 : le patient possède de nombreuses limitations fonctionnelles ou des risques de chutes importants. Il nécessite alors un accompagnement personnalisé. Il

bénéficiera dont de 8 séances encadrées, individuelles ou collectives (petits groupes de 8-10 personnes) adaptées à ses limitations. Le but étant de rendre l'autonomie au patient, par l'intermédiaire d'une réorientation en parcours 1 ou 2 à l'issu du parcours 3.

- Parcours 2 : le patient a trop de limitations fonctionnelles pour pratiquer une activité sportive en autonomie, mais ne nécessite tout de même pas un niveau d'accompagnement relevant du parcours 3. Il est donc orienté vers des créneaux de sport santé ou des structures labélisées Prescri'mouv.
- Parcours 1 : l'enseignant estime que le patient est capable de reprendre/ poursuivre une activité physique en autonomie, sans aucune supervision spécifique.

Suite à cet entretien, l'opérateur de Prescri'mouv réoriente le patient vers son médecin traitant, pour qu'il valide son inclusion au sein du dispositif ainsi que les recommandations. Il établit alors le certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive adaptée.

1.3.5.3. Labellisation Prescri'mouv

Les créneaux sports santé sont dispensés dans des structures labellisées Prescri'mouv. Ces dernières peuvent être des salles de sport, des piscines, des associations (privées, celle proposées par des collectivités territoriales, des associations de patients) mais cela peut être également des éducateurs sportifs, des masseurs kinésithérapeutes.

Les différents acteurs peuvent faire une demande de labellisation via un formulaire spécifique, directement sur le site du dispositif Prescri'mouv. Il se peut également que ce soit l'éducateur en activité physique adapté du dispositif qui démarcher certaines structures pour leur proposer leur labellisation. Ils doivent alors signer une charte de l'intervenant. (73)

Pour obtenir ce label, ils doivent répondre à un cahier des charges strict, dont les principaux piliers sont :

- Une activité physique qui soit régulière, adaptée et progressive,
- Personnalisée aux attentes et aux besoins du patients,
- De proximité géographique
- D'accessibilité financière pour les patients (tarifs réduits ou progressifs, règlements en plusieurs fois
- En tout sécurité.

Le caractère personnalisé et régulier de l'activité physique est très important dans le cahier des charges. Les créneaux Sport santé peuvent comprendre des patients appartenant à Prescri'mouv ou non, mais le nombre de participants au même créneau est limité à 15. Les structures doivent proposer des créneaux au minimum une fois par semaine.

Les structures doivent évidemment disposer d'un téléphone afin de pouvoir avertir les secours si nécessaire, ainsi que d'un défibrillateur accessible et contrôlé régulièrement. Ils doivent également être équipés d'une trousse de premiers secours complète, dont la liste leur est fournie.

Le label est accordé par les opérateurs du dispositif eux même, dans leur secteur respectif. Sont appelés opérateurs les réseaux en charge du développement du dispositif sur le territoire (le RSSA dans notre cas).

Si la labellisation est obtenue, elle l'est pour une durée de 3 ans. Si le renouvellement est souhaité, il doit être demandé 3 mois avant la fin du label.

A partir du moment où la structure obtient la labellisation, des contrôles peuvent être possibles afin de vérifier le respect des réglementations en vigueur. Une visite lors de la première année d'appartenance au label est la règle. Ces contrôles peuvent être réalisés par l'opérateur du dispositif lui-même ou par un représentant du Ministère des Sports.

1.3.5.4. Suivi

A la fin de la réalisation du BMS initial, l'opérateur remet au patient le carnet PASS' (annexe). Celui-ci s'impose comme un véritable carnet de liaison entre les différents intervenants au cours de la prise en charge. On y retrouve :

- L'identité du patient et les informations médicales le concernant,
- Le choix de son parcours et sa date d'inclusion,
- Un consentement éclairé,
- Le BMS initial avec le résultat obtenu aux différents tests psychomoteurs, ainsi que le résultat du BMS final
- Le suivi du programme avec la date et les nombres de séances réalisées,
- Le certificat médical de non contre- indication à la pratique d'activité sportive adaptée,
- L'appréciation et le ressenti du patient quant aux séances réalisées,
- Des informations de prévention, sur les bienfaits de l'activité physique sur nos organes.

Pour les patients ayant été inclus dans les parcours 2 et 3, on réalise un nouveau BMS à la fin de ces derniers (soit au bout d'un an en ce qui concernent le parcours 2, au bout de 8 séances pour le parcours 3). Les patients ayant terminé un parcours 3 étant orientés, la plupart du temps, vers un parcours 2 à ce moment-là.

A noter qu'il est prévu un appel téléphonique de l'opérateur de Prescri'mouv, à 6 mois et à un an de l'inclusion pour l'ensemble des parcours.

La durée d'inclusion dans le dispositif est d'un an, renouvelable exceptionnellement, le but étant de remettre le patient en autonomie au bout de l'année écoulée.

Les structures/ acteurs participent à ce suivi :

- En s'assurant qu'à la première visite le patient rapporte son carnet PASS' avec le certificat médical
- Qu'il consulte le BMS initial réalisé et les résultats obtenus pour adapter le suivi,
- Qu'il remplisse dans le carnet les fiches de présence du patient tout au long de la prise en charge
- Qu'il fasse une évaluation au moins annuelle pour le dispositif (nombre de personnes incluses dans les créneaux sport santé et proportion de patients Prescri'mouv, nombre de personnes ayant arrêté en cours d'année, nombre de personne ayant continué leur activité au sein de la structure après la prise en charge, les éventuels accidents survenus en cours de séances).

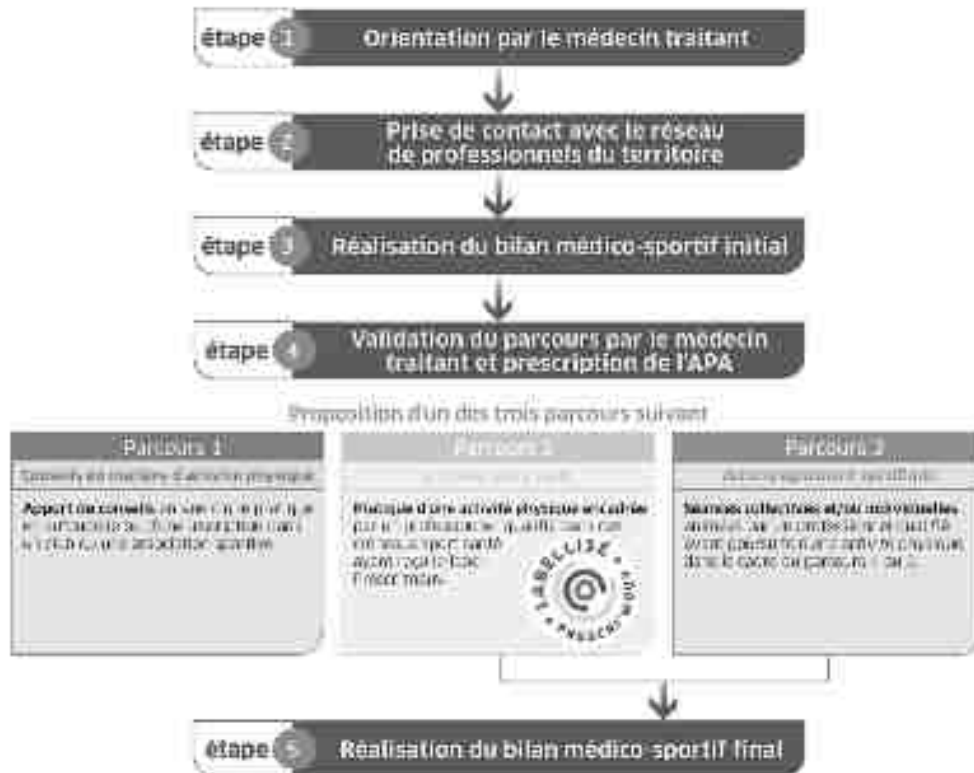


Figure 4 : Le Parcours de prise en charge Prescri'mouv

1.3.5.5. Les acteurs

Pour prétendre au poste d'éducateur en APA permettant de réaliser les BMS et d'accompagner les patients en parcours 3, il faut réunir les conditions suivantes :

- ➔ Avoir obligatoirement une formation à l'activité physique : soit disposer d'une licence STAPS en Activité Physique Adaptée et Santé (APAS) soit avoir obtenu le diplôme de masseur-kinésithérapeute
- ➔ Avoir bénéficié obligatoirement d'une formation aux gestes de premiers secours type PSC1 (Prévention et Secours Civiques niveau 1) ou PSE (Prévention et Secours par Equipe) et présenter une attestation de réalisation de moins de 3 ans,

- ➔ Avoir idéalement une formation à l'éducation thérapeutique (40 heures environ) ou à minima une formation à l'entretien motivationnel (7h)

Les encadrants des créneaux Sport Santé peuvent disposés des mêmes diplômes que les opérateurs ou être titulaire d'un brevet ou d'un diplôme d'Etat délivré par la DRAJES (Délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports), parmi lesquels :

- Brevet BPJES (Brevet professionnel jeunesse, éducation et sport)
- Diplôme d'état DEJEPS (Diplôme d'état jeunesse, éducation populaire et sport)
- Diplôme d'état supérieur DESJEPS (Diplôme d'état supérieur jeunesse, éducation populaire et sport)
- Brevet état d'éducateur sportif BEES (1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} niveau) (ancien diplôme remplacé désormais par les précédents cités)

Ces derniers doivent alors participer à une formation spécifique sport santé ou justifier de l'acquis de compétences équivalentes au cas échéant.

Cette formation est dispensée par le CROS (Comité régional olympique et sportif) Grand Est.

Il existe deux niveaux de formation :

- Niveau 1 : il consiste en une vingtaine d'heures de formation, pendant lesquelles l'étudiant apprend à connaître les bienfaits de l'activité physique adaptée afin de donner les informations aux pratiquants, d'évaluer ses habitudes et lui permettre d'arriver in fine à une autoévaluation des compétences. On y apprend également le respect des bonnes postures, en toute sécurité, avec l'empathie nécessaire pour accompagner le patient vers l'autonomie.

- Niveau 2 : Un peu plus complexe et plus spécifique à huit pathologies chroniques, afin de comprendre l'impact de la maladie sur le quotidien des patients, et d'adapter ses propositions de séances. Le but étant ici vraiment de pérenniser l'activité physique chez le patient. Le module dure une quarantaine d'heures.

Il est également demandé aux acteurs de promouvoir le dispositif Prescri'mouv.

1.3.6. Financement

Le dispositif étant à l'essai, c'est l'ARS Grand Est qui est à l'origine du financement. Il n'y a aucune prise en charge par la Sécurité Sociale.

L'ARS finance les bilans (initiaux, intermédiaires et finaux) à hauteur de 45 euros chacun.

Dans le cadre du parcours 3, chaque séance des huit proposées est subventionnée à hauteur de 100 euros l'unité. Enfin, les appels téléphoniques de suivi à six mois et à douze mois sont rémunérés à hauteur de 15 euros chacun.

Pour le parcours 2, deux aides financières ont été obtenues après appel à projet. L'assurance AG2R la mondiale se propose de financer jusqu'à 60 euros par personne dans le cadre d'une inscription à une activité labellisée sport-santé. Enfin, le Comité Régional Olympique et Sportif du Grand Est offre une aide financière de 50 euros par personne chez les patients du dispositif prenant une licence sportive.

Enfin, certaines mutuelles, dont on retrouve la liste sur le site interne du RSSA, proposent également une participation financière soumise à condition selon chacune. (74)

Concernant l'équipe de Prescri'mouv, ils sont soit salariés du Réseau RSSA, soit par accord respectif, des salariés mis à disposition de l'hôpital. L'ARS finance uniquement un équivalent temps plein par département.

En septembre 2022, l'équipe de Prescri'mouv du GHT 12 se composait de quatre éducateurs APA.

1.3.7.Évaluation du dispositif

Fin 2020, le cabinet Eneis by KPMG a été mandaté par l'Agence Régionale de Santé de Grand Est pour mener à bien l'évaluation du dispositif Prescri'mouv déployé sur la région.

Cette évaluation avait pour ambition d'objectiver les effets du dispositif aussi bien auprès des patients bénéficiaires, qu'auprès des professionnels impliqués dans sa mise en place, mais également de faire ressortir des pistes d'amélioration afin d'assurer un déploiement pérenne et homogène à l'échelle de la région. (75)

1.3.8.Evolution du dispositif

Le 2 mars 2022, le sport fait son entrée dans le Code de la santé publique et dans le Code de l'action sociale et des familles. Tout cela dans le but de toujours toucher plus de public avec l'activité physique et de ne plus le cantonner au sport. Cette loi permet l'avènement des « Maisons Sport Santé » qui se veut être l'interlocuteur privilégié lorsqu'il est question d'activité physique, adaptée ou non, ou de sports sur un territoire. Elle permet de mettre en relation les différents intervenants et possède un rôle d'accueil et d'orientation de la population. (76)

A compter de mars 2022, les masseurs kinésithérapeutes sont autorisés à renouveler la prescription d'activité physique de leurs patients. (77)

A compter du 1 octobre 2022, les critères d'inclusion au dispositif ont été élargis. Dorénavant tous les patients atteints d'une ALD 30 peuvent en bénéficier. Par ailleurs, les patients atteints de troubles musculo-squelettiques, ou de troubles résultant d'une infection au COVID peuvent également être inclus. Enfin, les patients obèses avec un IMC supérieur à 40 de plus de 35 ans et porteurs de comorbidités cardiovasculaires peuvent également être pris en charge, sous réserve d'une évaluation cardiovasculaire, respiratoire et ostéoarticulaire au préalable.

1.3.9. Adressage

En 2016, on recensait 413 omnipraticiens sur le territoire du GHT 12 et 783 spécialistes (toutes spécialités confondues). Parmi les omnipraticiens, on retrouvait 35,4% de femmes.

De 2018 à 2021, on comptabilise 117 prescripteurs différents :

- 75 prescripteurs, dont 45,3% de femmes, exerçant dans la ville de Mulhouse dont 7 spécialistes (un cardiologue, trois gynécologues, deux endocrinologues, un psychiatre).
- 42 prescripteurs, dont 45,1% de femmes, dans le GHT 12 hors Mulhouse, dont un endocrinologue.

1.3.10. Bénéficiaires

De 2018 à 2021, 632 patients ont été inclus dont 290 seulement sur prescription médicale répartis selon les années de la manière suivante :

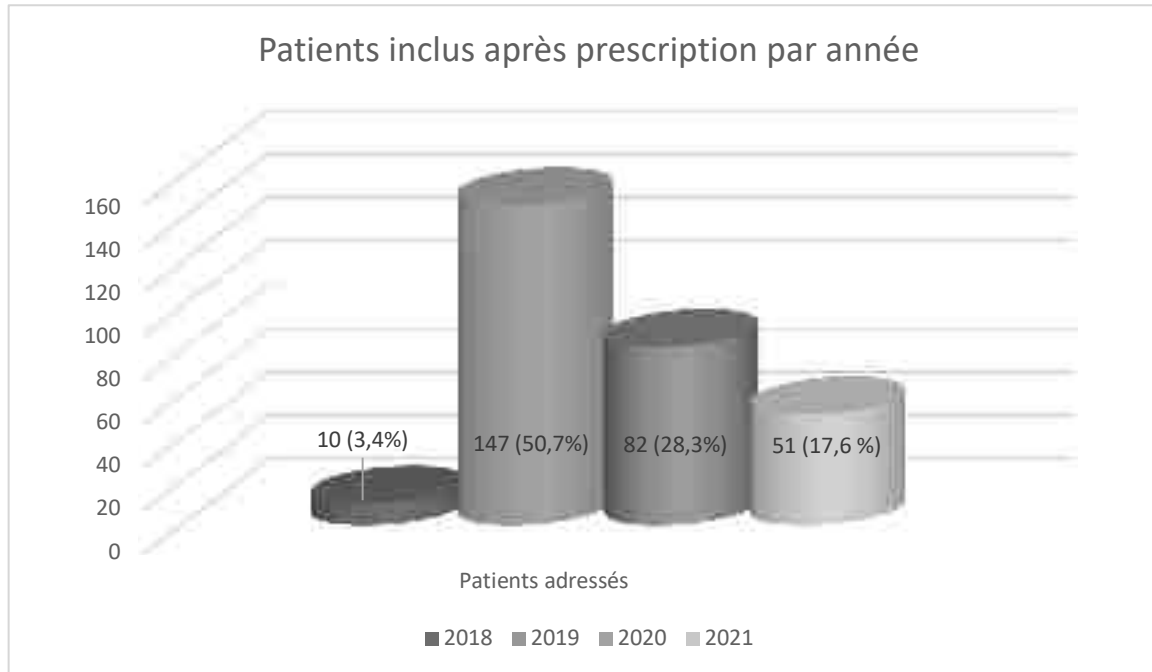


Figure 5 : Le nombre de patients inclus après prescription par année

Parmi eux, 48 patients ont été jugés suffisamment autonomes pour rejoindre un parcours 1, 250 autres ont été inclus dans un parcours 2, alors que les 334 derniers ont débuté un parcours 3.

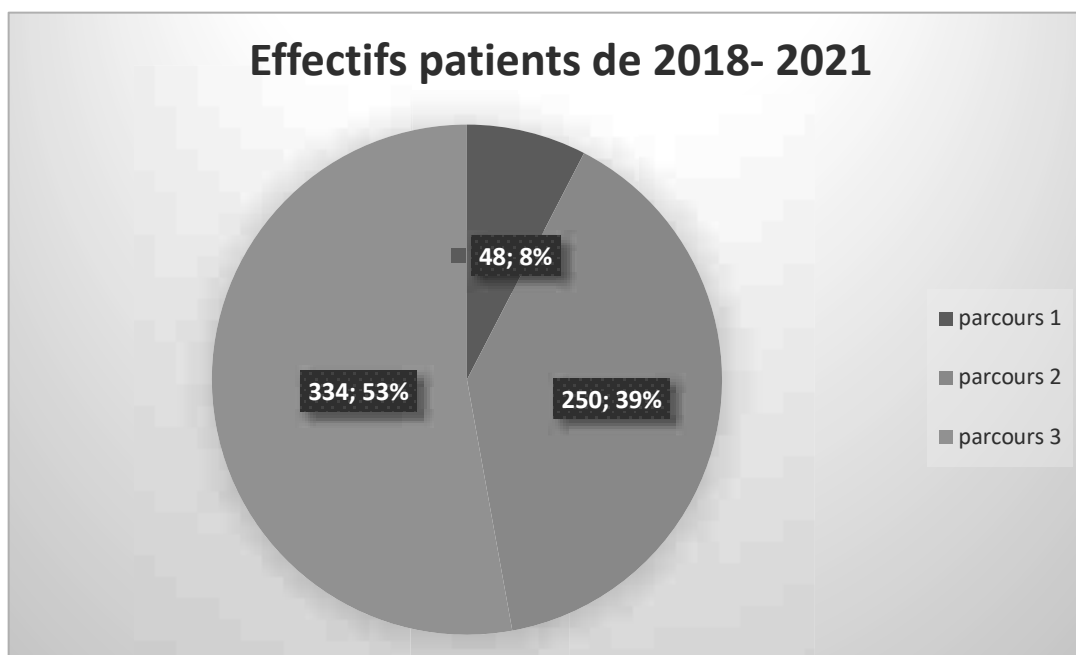


Figure 6 : Effectifs de patients selon le parcours intégré

Sur ces 632 patients, la pathologie incontestablement la plus représentée a été l'obésité (369 patients) suivie du diabète (178 patients). Les autres pathologies étaient finalement très peu représentées : 42 patients pour la maladie coronaire, 29 pour le cancer du sein, 11 pour la BPCO, 2 pour le cancer de la prostate et 1 seul pour le cancer colorectal.

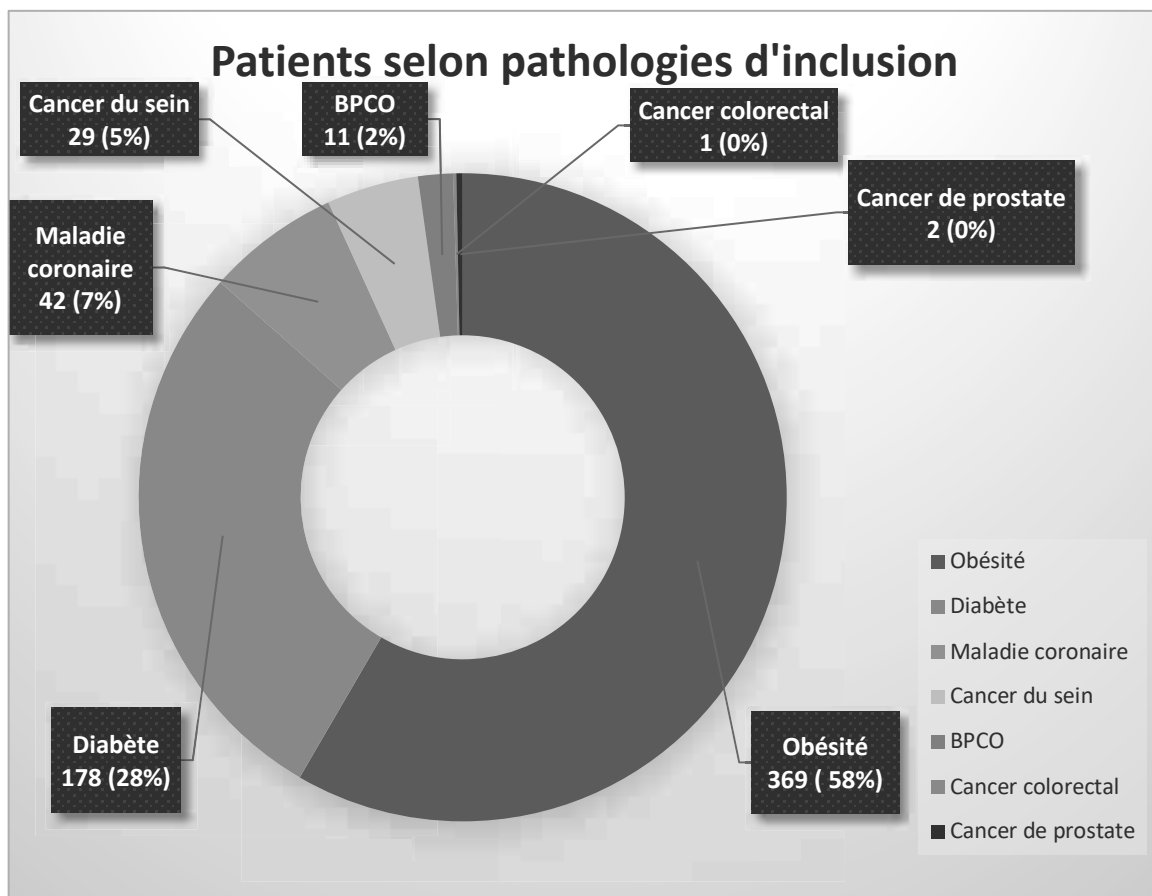


Figure 7 : Répartition des effectifs selon la pathologie d'inclusion

1.3.11. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances des médecins généralistes du secteur GHT Haute Alsace (Mulhouse exclue) quant au dispositif Prescri'mouv. Le but est d'évaluer leurs attentes ainsi que les freins rencontrés pour

l'adressage des patients, afin de proposer des pistes d'amélioration et de développement du dispositif.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

C'est par le biais d'une étude qualitative que nous avons acheminé ce travail. Celle-ci s'est faite au travers d'entretiens semi dirigés.

L'étude qualitative nous paraissait la plus appropriée compte tenu de la question de recherche. Cette étude ne soulevant pas de question éthique, juridique ou règlementaire, elle n'a pas nécessité de sollicitation auprès du comité d'éthique ou du comité de protection des personnes pour approbation.

2.2. Population

Les personnes interrogées étaient des médecins généralistes, installés, remplaçants, collaborateurs ou adjoints, exerçant dans le département du Haut Rhin hors Mulhouse.

Les médecins mulhousiens ont été exclus de cette étude, du fait de la prise en charge différente d'un point de vue financier, mais aussi parce nous pensons que la population et les freins rencontrés ne sont pas les mêmes en milieu urbain et rural ou semi rural.

Le but était notamment d'avoir le ressenti de médecins prescripteurs et celui de non prescripteurs du dispositif Prescri'mouv. Nous avons pu cibler ainsi les médecins à

rencontrer, à l'aide d'une liste remise par le dispositif, avec le nom des médecins prescripteurs entre 2018 (début du dispositif) et 2021.

2.3. Déroulement de l'étude

2.3.1. Prise de contact

La prise de contact avec les praticiens s'est faite par mail afin de leur présenter l'objet de l'étude et de leur proposer un entretien. C'est ainsi qu'a été fixé la date et le lieu de la rencontre lorsque la réponse était favorable.

2.3.2. Les entretiens

La majeure partie des entretiens se sont déroulés aux cabinets médicaux des médecins respectifs, je prenais alors la place du patient en face du médecin. Deux autres ont été réalisés par entretien téléphonique, et deux par visioconférence, à leur demande.

L'entretien s'est déroulé en deux phases. D'abord, il était demandé au praticien de répondre à des questions afin d'évaluer leur activité physique, au travers du questionnaire GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire) version 2(annexe 3).

Puis, nous avons utilisé un guide d'entretien composé lui-même de deux parties : des questions fermées afin de caractériser la population étudiée, et des questions ouvertes pour aborder les différents thèmes de la recherche. Celui-ci a été amené à évoluer après le deuxième entretien, avec des questions plus ouvertes, et des questions de relance plus pertinentes. (annexe 4)

2.3.3.Méthode de recueil

Les différents entretiens ont été enregistrés après consentement oral des praticiens, avec un dictaphone et un téléphone portable. Quelques notes écrites ont été prises au décours. Ces derniers ont été retranscrits dans leur intégralité, mot pour mot, à l'aide du logiciel ExpressScribe, anonymisé, puis converti en fichier Word.

2.3.4. Méthode d'analyse

Chaque entretien a fait l'objet d'une première analyse globale, afin d'identifier les idées principales. Ces dernières ont été assimilées à différents mots clefs ou codes.

Les verbatims ont alors été regroupés respectivement sous le code leur correspondant.

Devant l'absence de nouveau code, nous avons conclu être arrivés à saturation des données.

A l'issue des entretiens, une relecture et une nouvelle analyse de chacun d'eux a été entreprise à titre de vérification par l'investigateur principal. Il n'y a donc pas eu de triangulation des données.

2.3.5. Procédures réglementaires

Nous avons interrogé le questionnaire Limesurvey du Département de Médecine Générale de Strasbourg et Rennes, afin de connaître les procédures réglementaires en vigueur concernant ce travail. Celui-ci a permis de nous assurer que notre thèse est hors champ de la Loi Jardé.

Cette étude n'a pas nécessité d'avis auprès du Comité d'Ethique, ni de déclaration auprès du Comité Nationale D'informatique et Libertés.

3.RESULTATS

3.1. Données socio-démographiques des médecins

Onze médecins du GHT 12 hors Mulhouse ont été interrogés. Parmi eux, 9 femmes et deux hommes.

Les participants étaient âgés entre 29 ans et 67 ans, avec un âge moyen de 42 ans.

Parmi eux, 6 avaient déjà prescrit Prescri'mouv et 5 non.

Sur les prescripteurs, deux avaient prescrits sans que leurs patients aient été inclus.

Leur niveau d'activité physique, quantifié via la version 2 du questionnaire GPAQ, était réparti ainsi : 6 avaient une faible activité physique, 3 d'entre eux avait une activité physique modérée, et enfin 2 pratiquaient une activité physique intense.

Tous exerçaient une activité qu'ils estimaient rurale ou semi rurale.

G	Genre	Age	Activité	Secteur d'activité	Activité physique	Prescripteurs?	Inclusion
G1	Femme	37	installée	rural	faible	oui	10
G2	Femme	44	installée	rural/semi rural	faible	oui	2
G3	Femme	58	installée	rural	modérée	oui	0
G4	Homme	57	installée	semi rural	faible	non	0
G5	Femme	30	remplaçante	rural	intense	non	0
G6	Femme	29	adjointe	rural	faible	non	0
G7	Femme	51	installée	semi rural	faible	oui	0
G8	Femme	67	mixte	semi rural	modérée	oui	11
G9	Homme	29	remplaçant	semi rural	intense	non	0
G10	Femme	29	installée	semi rural	faible	non	0
G11	Femme	31	collaboratrice	rural	modérée	oui	4

3.2. Données générales de l'étude

Au total, onze entretiens semi-dirigés ont été menés entre le 9 mars 2022 et le 19 juillet 2022. Il aura fallu neuf entretiens pour arriver à saturation des données. Nous en avons réalisé deux entretiens supplémentaires à titre de vérification.

La durée de ces derniers a varié entre 9 minutes 26 secondes et 35 minutes 12 secondes, avec une moyenne de 17 minutes et 8 secondes.

Les verbatims ont été anonymisés et les médecins interrogés appelés G1 à G11, selon l'ordre de réalisation des entretiens.

Nous avons pu extraire trois cent vingt-cinq verbatims des entretiens.

3.3. Analyse des verbatims

3.3.1. Activité physique en consultation de médecine générale

3.3.1.1. *Quand ?*

- De manière systématique

Pour certains praticiens, aborder avec le patient ses habitudes de vie en matière d'activité physique est quelque chose d'incontournable, afin de connaître son patient, au même titre que le reste de son dossier médical (antécédents, métier, prise de toxique).

G2 : ça fait partie de l'entretien pour connaître son patient (...) c'est un terme que j'aborde fréquemment.

G6 : En général quand je le vois pour la première fois, en prenant les antécédents tout ça, à ce moment-là je peux poser la question euh... Ouais bah du tabagisme, de l'alcool, éventuellement du sport, de l'activité professionnelle ce genre de choses.

G7 : moi de toute façon je leur demande tout le temps s'ils font du sport, j'en parle tout le temps, tout le temps, tout le temps.

G8 : - Moi je l'ai dans mon questionnaire habituel. De... des antécédents. C'est à dire que j'aborde aussi bien les antécédents de violence que les habitudes de vie donc j'évalue l'activité physique, consommation (...) C'est systématique.

G11 : Je pose la question lors du premier rendez-vous. Ça fait partie des questions de l'anamnèse pour le dossier.

- Selon le motif de consultation

Pour d'autres, la question de l'activité physique du patient était introduite selon le motif de consultation du patient en lui-même.

G5 : Non c'est pas systématique, plutôt selon le motif de consultation. Ça dépend pourquoi ils viennent

G9 : Non, pas dans chaque consultation.

3.3.1.2. Comment ?

- Différence activité physique / activité sportive, patients à éduquer

La majorité des interrogés faisaient la différence activité physique/ activité sportive, et faisait préciser le type d'exercice s'il y en a. La marche semblait être l'activité la plus proposée au patient pour illustrer leur propos.

G1 : Ben je leur demande si... Euh... comment je pose la question ? (...) S'ils bougent en fait... Je leur demande s'il bouge, s'ils font du sport...

G2 : Je leur demande s'ils font du sport déjà. Après je leur demande s'il marche, s'ils font... (...) J'essaie de préciser un peu qu'est-ce qu'ils font comme activités. (...)

G4 : je demande ce qu'il pratique...

G5 : euh « Qu'est-ce que vous faites comme activité physique ? ». Ouais surtout « Quoi ? ».

G9 : Ben je leur dis « Est ce que vous faites un peu d'activité ? De la marche ? Est-ce que vous pratiquez du sport ? Est-ce que vous voudriez en pratiquez ? »

G10 : En leur posant la question directement : est ce qu'ils font une activité sportive oui/non.

G11 : Après j'essaie de détailler avec eux qu'est-ce qu'ils veulent dire par activité physique : combien de temps ils marchent ? S'ils font un sport, s'ils sont inscrits à une activité comme de la gym des choses comme ça...

Les médecins reconnaissent cependant un manque de distinction de ses deux entités par la plupart des patients, et y voient là l'opportunité de faire un peu d'éducation thérapeutique.

G3 : et puis les gens quand tu leur parles d'activité physique ils confondent avec le sport.

Donc du coup j'essaie de leur expliquer que l'activité physique c'est pas forcément aller à la salle et faire... (imiter soulever de poids), ou du step ou je sais pas quoi. Donc la marche...

(...)

G7 : Après, activité physique et sport aussi. Je leur dis c'est pas décrocher la lune, pas faire l'Himalaya, mais bouger, marcher, on évalue un peu. Souvent j'ai déjà essayé de leur faire prendre conscience qu'ils ne bougent pas

- Fréquence

Pour trois d'entre eux, il était important au-delà du type d'activité, d'en faire préciser la fréquence.

G4 : je demande combien de temps par jour, par semaine...

G5 : Je leur pose la question directe. « Pratiquez-vous une activité physique régulière ? »

G6 : je demande combien de fois par semaine, en général, mais par contre l'intensité pas tellement

- Selon emploi

Six des médecins interrogés revenaient sur le fait que les patients semblent penser que l'activité physique liée à leur emploi était déjà conséquente. Les praticiens paraissaient d'accord pour dire que souvent cette activité est insuffisante sur le plan médical, sauf exception de métier vraiment très physique.

G2 : En général, je connais leur métier donc je vois déjà si leur métier est sédentaire, mais après je vais plus parler des activités en dehors du travail.

G3 : Et en fait souvent les gens me disent, quand je leur parle de la marche, « mais je marche beaucoup au travail ». Sauf que la vendeuse qui me dit « je marche beaucoup au travail » je lui fais comprendre que ce n'est pas de la marche c'est du piétinement. Et c'est vrai que c'est pas 10 min comme tu me disais, d'affilée, à marcher... Donc j'essaie d'expliquer que ce n'est pas vraiment de la marche mais du piétinement et j'essaie de leur faire comprendre qu'il y a

une différence entre marcher pendant une heure et le Week end et faire un peu de marche au travail (...)

G5 : Après le problème c'est que le travail, le travail c'est... c'est pour que je demande qu'est-ce que c'est le travail souvent c'est pas la même activité physique que... aller marcher une demie heure d'affilé quoi. Piétiner, mais même si tu piétines toute la journée c'est pas pareil pour le cardio quoi.

G7 : Y'en a il déballe parce que j'ai le malheur de leur dire qu'ils bougent leurs fesses, alors qu'ils bougent comme des dingues au boulot... Mais c'est pas les mêmes mouvements.

G10 : Déjà je demande sport parce que sinon ils vont me dire « ah oui mais dans mon travail je bouge » (rires). Donc ça permet après de différencier le côté activité sédentaire ou pas et activité physique sportive (...) parce que quand ils me disent « mais je bouge parce que mon travail est physique » je leur dis que c'est pas du sport, que ça ne suffit pas.

G11 : Je leur pose la question s'ils ont une activité physique, en général ils me répondent « Oui je marche au travail » (...) Alors ça dépend vraiment du métier des gens. Si c'est un monsieur qui a, par exemple, un travail très physique comme un charpentier ou un maçon, je vais être moins à cheval sur la durée du sport en dehors. Alors que si c'est quelqu'un qui est plus sédentaire dans le cadre de son travail ou s'ils piétinent vraiment, là j'axerai plus sur le côté loisir.

- Selon expérience personnelle du praticien

Certains généralistes ayant eux même une activité physique importante, estimait que leur rapport à l'activité influençait leur manière d'aborder la question.

G3 : Moi c'est mon défouloir, je... c'est...c'est un antidépresseur, c'est un anxiolytique c'est un tout ce que tu veux... c'est un plaisir de sortir au soleil, dans la nature le vert...

G5 : Ouais moi le sport je suis au taquet, j'en fais tout le temps et parce que ma thèse elle a un peu beaucoup porté là-dessus

G7 : Moi je suis à fond dans... Tu sais moi j'ai fait une capacité de médecine du sport donc je suis au taquet là-dessus.

- Sous forme d'entretien motivationnel

Accompagner leurs patients à la reprise ou à la poursuite d'une activité physique semble faire partie des actions de prévention menées par les généralistes. Ils insistent sur le fait d'encourager le patient, au fur et à mesure de leur progression, selon leurs capacités. Cela peut prendre la forme de véritables entretiens motivationnels.

G3 : J'essaie de les stimuler à la marche en fait (...) J'essaie de mettre en mouvement les personnes qui n'arrivent pas à s'y mettre. Tu vois, donc c'est vrai que ceux qui bougent déjà, tu vas essayer voilà, selon les besoins ... moi celui qui marche 10 min par jour je vais lui dire ben là ça suffit pas c'est pas de l'activité donc... et en fait c'est vrai que moi j'axe beaucoup sur la marche parce qu'en fait c'est facile à faire.

G3 : je leur dis « Arrêtez de faire le tour du village quand vous marchez » euh...« Faites...» Euh selon l'endroit, je connais les endroits ici...je sais où ils habitent, je sais où... je dis «Mais vous habitez à Winkel, au lieu de faire le tour du village en passant par le machin, allez au machin c'est vachement plus joli, vous avez une vue magnifique, vous»... je suis hyper positive. Mais en fait ils sont pas sensibles alors... J'y suis sensible et que j'aimerais bien qu'ils se rendent compte que c'est pas le diable ... l'activité physique c'est pas le diable ! (...)

G5 : Marcher un kilomètre c'est bien mais c'est pas assez je le sais, donc c'est sûr que je pense que quelqu'un qui est complètement sédentaire marcher un kilomètre c'est genre le bout du monde tu vois, donc lui je vais essayer de l'y encourager.

G8 : Je reprends à la consultation suivante et puis à chaque fois, donc je vois où ils en sont. J'essaie de les motiver comme ça.

3.3.1.3. Avec qui ?

- Surtout en prévention secondaire (maladies cardiovasculaires et surpoids/obésité)

Les médecins sont unanimes, ils abordent plus facilement et régulièrement les habitudes de vie en matière d'activité physiques chez les patients avec des facteurs de risques cardiovasculaires (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, obésité et surpoids), des coronaropathies ou insuffisance cardiaque.

G1 : Ah non pas forcément avec tout le monde, je l'aborde surtout quand on parle euh... cholestérol, quand on parle poids, quand on parle cardio... (...) Diabète aussi.

G2 : Après en fonction des pathologies bien sûr c'est un thème qu'on va aborder plus... que je vais plus aborder chez des personnes qui ont du diabète, qui ont des problèmes cardiaques, ou des problèmes de poids... ça va dépendre des pathologies mais...

G3 : Avec beaucoup de patients !!!!(...) Ben surtout les diabétiques, les gros, les... euh les hypertendus. Moi j'essaie d'en parler, enfin j'en parle beaucoup parce que... Pfff prévention primaire/secondaire, je crois que je l'aborde peut-être un peu trop pour certains (rires)

G4 : Peut-être que ceux qui ont des pathologies chroniques genre hypertension, diabète, par exemple, ça fait plus partie du catalogue... des questions.

G5 : Enfin ça dépend du patient que j'ai en face de moi tu vois (...) donc ouais je pense y'a une population euh... Ceux qui viennent pour des problèmes de dyslipidémie comme là y'a cinq minutes, des glycémies, des surpoids, des diabétiques des trucs comme ça.

G6 : Peut-être plus avec les personnes un petit peu obèse ou, en surpoids quoi.

G9 Chez les adultes après ça va être plutôt les quarante, cinquantenaires, diabétiques, hypertendus. Plutôt en prévention secondaire.

G10 : je pense plutôt quand il y a une problématique de prise de kilos « j'aimerais perdre du poids » ou...

G10 Et éventuellement quand il y a quand même des plaintes genre « je suis essoufflée dès que je fais un effort ou ... » Voilà. Ou problème cardio.

G11 : ensuite je l'aborde systématiquement avec tous les patients à risque cardiovasculaire, diabétiques, hypertendus, coronaire... J'ai pas mal de patients AOMI aussi, et...

Un praticien estimait même, que chez cette catégorie de patients, l'activité physique représentait une thérapeutique à part entière

G4 : c'est complémentaire aux traitements.

- Les mineurs

Il était possible que les interrogés insistent également sur l'activité physique chez les enfants et les adolescents, dans le but de leur faire prendre conscience de l'intérêt d'une activité physique dès le plus jeune âge.

G6 : Les enfants aussi.

G9 : Le sport, l'activité physique surtout chez les jeunes, les ados et cetera... Euh...

- Les troubles psychiatriques

Un seul praticien à expliquer évoquer de façon plus ciblée l'intérêt de l'activité physique chez les patients atteints de troubles psychiatriques.

G11 : j'en parle beaucoup aussi avec toutes les personnes qui viennent pour des troubles psychiques, syndrome dépressif ou burn out.

3.3.2. Connaissance du dispositif par les généralistes

3.3.2.1. Objectif

- Mettre en activité

L'objectif du dispositif Prescri'mouv semblait clair pour l'ensemble des participants : remettre les patients en activité.

G1 : l'objectif c'est de prendre en charge les ... enfin de.... Ceux qu'on adresse quoi. Les diabétiques, tous les...diabétiques, surpoids, cancer machin pour de la reeduc quoi... le sport

G2 : c'est aider à une reprise ou un maintien d'activité physique chez des personnes qui en ont pas forcément l'habitude ou qui ont perdu l'habitude.

G3 : C'est de les faire bouger ! De juste de les faire bouger ! De les sortir de l'immobilisme en quelque sorte...De montrer que c'est pas la catastrophe de bouger

G4: c'est une manière de proposer du sport sur ordonnance. En gros, c'est de leur mettre le pied à l'étrier (rires).

G7 : pour moi c'est une reprise à l'activité physique tout simplement.

G8 : c'est de remettre en activité les patients qui sont complètement sortie d'une habitude d'activité physique simple quotidienne

G9 : Pour aider les gens à s'inscrire dans un club de sport, où se lancer dans une activité physique qu'ils auraient peut-être pas fait d'emblée parce qu'ils avaient peut-être pas confiance en eux, ou ils pensaient que c'était peut-être pas possible.

G10 : De remettre les gens au sport.

G11 : De réinsérer les gens dans l'exercice physique

- De manière adaptée et encadrée

Ils évoquaient le fait que l'activité était encadrée par un professionnel formé, dans le but d'adaptée l'exercice au patient et à ses limitations.

G5 : moi je pense que c'est quelque chose d'encadré du coup, adapté aux gens et à leur pathologie.

G8 : C'est une formule qui est adaptée,

G9 : Il me semble que c'est l'éducateur aussi, qui doit en fonction de la pathologie et de la capacité du patient, essayer de juguler au niveau de l'intensité et de l'activité.

- Pour une amélioration globale de la santé

Cela permettrait d'avoir un impact sur la qualité de vies des patients et leur santé en général.

G6 : Bah d'améliorer l'état de santé des gens je dirais. De manière globale quoi. Donc perte de poids, sur des maladies chroniques, un maintien de l'activité physique euh... Voilà des choses comme ça.

3.3.2.2. Prescripteurs

◆ Tous les médecins

Tous les interrogés étaient unanimes : tous les médecins ont accès à la prescription, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

G1 : Bah tout le monde non ? enfin tous les généralistes... Je pense enfin je sais pas (...). Euh bah... les spécialistes c'est pas un soucis, tous les médecins non ?

G4 : Ben je pense tous les médecins non ?

G5 : tous les médecins je crois.

G7 : Ben nous et après d'autres j'en sais rien.

G9 : Tous les médecins.

G10 : je suppose tous les médecins, spécialistes aussi.

G11 : Tous les médecins.

◆ D'autres prescripteurs ?

Certains s'interrogeaient tout de même sur la possibilité de prescription par d'autres professionnels de santé.

G2 : Ouais je pense que déjà tous les médecins mais après en dehors des médecins il y a sûrement d'autres professions... Je ne sais pas.

G3 : Bah.... euh.... les médecins. Après je sais pas si ... si y'a euh.... Moi je me suis jamais trop posé la question.

G6 : J'imagine n'importe quel médecin. Maintenant je me dis, peut-être les sages femmes...

G8 : Ben c'est les médecins en général. Et puis je pense, je sais pas si les kinés.... Mais pour moi c'est les médecins.

3.3.2.3. Modalités de prescription

Quasiment l'intégralité des médecins interrogés savaient que la prescription se faisait par l'intermédiaire d'un formulaire type, mis à disposition par le dispositif.

G1 : alors moi j'ai la petite feuille là qu'ils nous ont donné là... Je leur écris dessus et voilà pour moi c'est très simple.

G2 : Ben j'avais un petit dépliant donc j'utilise, je transmets le numéro, je fais une ordonnance

G3 : Ben en fait j'ai utilisé le petit formulaire Prescri'mouv...

G5 : j'avais eu un jour où on m'avait dit que c'est un formulaire je crois, tu mets le nom de la pathologie, tu mets qu'est-ce que tu attends, qu'est-ce que tu contre-indiques...

G8 : C'est assez simple à mettre en route. Il suffit que j'imprime le papier où se trouvent les indications, que je remette ça au patient qui a le numéro de téléphone à appeler, et puis il est pris en charge.

G9 : Alors je crois qu'il y a un formulaire spécifique à récupérer auprès des centres référents.

G10 : je sais qu'il y a la feuille, enfin généralement moi je l'ai...

G11 : il y a une feuille à remplir, un certificat qu'on retrouve... Y'a d'abord une ordonnance à faire, et ensuite il y a un certificat d'aptitude à remplir qu'on trouve sur le site.

Un des praticiens ne savait pas quel formulaire remplir mais adressait directement le patient à Prescri'mouv, en leur donnant le numéro à contacter.

G7 : moi je dis « Voilà vous pouvez avoir une prise en charge d'éducation physique Prescri'mouv ». Je leur donne le numéro de téléphone et « démerdez vous » (rires).

Un seul ignorait totalement la démarche à suivre pour prescrire de l'activité physique via le dispositif.

G6 : Ah pas du tout, je ne sais pas du tout comment prescrire.

3.3.2.4. Population cible

Les critères d'inclusion mentionnés de prime abord par les médecins étaient les maladies cardiovasculaires, notamment le diabète, et l'obésité, Venaient ensuite les pathologies cancéreuses, mais sans distinction entre les différents types de cancers.

Les praticiens soulignaient le fait que les pathologies concernées étaient listées sur le formulaire de prescription.

G1 : ouais écoute c'est écrit dessus (rire) (...). C'est les diabétiques, IMC > 30, pathologie du sein il me semble mais euh ??? enfin cancer, euh...cardio, enfin... j'ai la petite fiche sur le truc (montre le bureau)

G2 : Je pense qu'il y a tous ce qui est insuffisance cardiaque, encore une fois tout ce qui est obésité, diabète et les pathologies chroniques je sais pas si toutes les patho... (...) plutôt cardiovasculaire pour moi.

G3 : je lis sur mon petit pense bête. Donc voilà c'est les ALD, les patients diabétiques, les patients à haut risque cardiovasculaire, euh... dans le cadre des néo des tout ça. (...).

G5 : C'est pour les gens en ALD, enfin pour certaines ALD (...) Je crois que c'est juste les cancéreux, enfin cancer notamment cancer du sein, je sais qu'il y a les diabétiques, je sais qu'il y a les hypertendu c'est pas une ALD mais je crois que c'est quand même...

G8 : Oui oui ben c'est les pathologies qui sont indiquées sur la feuille.

G9 : Certaines pathologies de post-cancer, cancer du sein ou autre chose, euh... Après bon ben ça va être tout ce qui obésité, tout ce qui est coronaropathie, donc problèmes cardiaques, euh... Et puis ouais certains cancers qui sont éligibles.

G10 : mais y'a tout ce qui est prévention secondaire cardiovasculaire je pense, les IMC supérieurs à 30 euh... Après je sais pas dans les pathologies chroniques s'il y a d'autres choses qui rentrent en compte...

G11 : Donc il y a les obèses, il y a les facteurs de risque cardiovasculaire, et tout ce qui est onco.

Certains imaginaient même une population cible plus large avec notamment l'inclusion possible de tous les patients en affection de longue durée.

G6 : Je dirais que ça peu, enfin ça me parait pas, pas incohérent quoi, que ce soit toutes les ALD.

G7 : Euh, la population cible, moi je mets tout le monde. J'envoie ceux que je pense et après vous me dites si c'est bon ou pas. Et je dis au patient « Vous revenez me voir s'ils vous disent que vous faites pas partie du groupe ».

3.3.2.5. Parcours de prise en charge

Il est ressorti que pour la plupart des médecins, la prise en charge en elle-même restait très opaque, tant sur le déroulé du parcours que sur la nature des intervenants. Les questions du coût financier et d'un remboursement éventuel restaient également en suspens.

Si certains évoquaient un entretien initial avec une évaluation des capacités fonctionnelles du patient, la majorité ignoraient ce qui était proposé au patient à l'issue de celui-ci. D'autre parlait d'un nombre de séance limité.

G1 : Voilà. Je sais pas...Je sais qu'ils ont un entretien, j'ai le retour de grille un petit peu avec leurs objectifs mais je ne sais pas après comment ça se passe exactement... Voilà. Ça honnêtement je le dis...

G2 : on sait pas trop quand on oriente les patients, ce qui va leur être proposé et... et si ça va aboutir à quelque chose euh

G4 : une série de séances qui sont prises en charge par l'Assurance Maladie.

G5 : enfin les encadrants sont assez spécifiques, enfin tout le monde ne peut pas faire du Prescri'mouv. Et après c'est des structures mais je t'avoue que c'est vachement flou.

G7 : Je sais pas s'ils verront peut être une diététicienne, peut être un médecin, une infirmière, un kiné, un coach sportif ou quoi

G9 : T'as un bilan initial par un évaluateur dans un centre, qui évalue les besoins et les capacités du patient, et en gros, après il te font douze séances collectives où ils essaient de t'apprendre pas mal de choses, de t'éduquer et après ils te recommandent de t'inscrire dans un club de sport de ton secteur et cetera pour que tu puisses poursuivre tes apprentissages, par toi-même.

G10 : je sais qu'il y a des éducateurs médico-sportifs, qu'ensuite il ... Prescri'mouv c'est à la fois Prescri'mouv tel quel et des fois avec des partenaires autres, avec parfois du travail en autonomie.

G11 : Prescri'mouv d'après ce que j'en sais, c'est, c'est un dispositif qui est géré par l'ARS, enfin qui est financé par l'ARS, avec possibilité de faire un bilan de... de capacités. Et ensuite

en fonction de la capacité, différents groupes de capacités, soit ils orientent vers des salles de sport agréées, soit ils ... soit ils coachent, enfin ils ont des coachs sportifs adaptés.

3.3.2.6. Comment ont-ils connu le dispositif ?

○ Par une formation

Six des onze médecins interrogés avaient déjà participé à une réunion d'information sur le dispositif Prescri'mouv.

G1 : Ils nous en ont parlé à une formation, euh... on avait une formation sur autre chose... une FMC à.... Ça devait être encore à Altkirch à l'époque... ça fait longtemps. Et du coup (...) on nous a donné, on nous avait remis bah... ça là (montre ma plaquette d'information). Avec tous les papiers dedans et voilà. Mais au départ c'était une FMC et puis y'avait eu une petite introduction sur Prescri'mouv.

G3 : c'est vrai que moi j'avais eu euh... j'avais assisté euh... à une petite formation de Daniele Hoehe, à une soirée de présentation.

G4 : j'ai suivi une formation mais ça fait déjà (rires) quelques années... c'était une soirée de présentation.

G5 : J'avais eu une formation y'a quelque...

G7 : mais tu vois si j'étais pas venue à votre réunion là, ben finalement je sais pas. C'est pour ça que je suis venue pour des informations.

G11 : parce que j'avais été au petit topo qu'ils ont... Qu'ils avaient fait.

○ Par le biais du RSSA

Un généraliste ne connaissait Prescri'mouv que par le biais du Réseau Santé Sud Alsace.

G10 : j'ai surtout découvert en parallèle du Réseau, parce que je me suis quand même plus intéressée au Réseau Santé Sud Alsace, donc ça je sais que le Réseau est opérateur de Prescri'mouv, et je vois surtout revenir, ben quand j'adresse des fois des patients au Réseau, ils finissent par arriver avec une feuille de Prescri'mouv. Donc souvent le lien se fait par le Réseau. (...) Les fois où j'ai adressé au Réseau, ils reviennent avec une feuille spécifique à remplir avec un certificat en plus, certificat médical à remplir avec leurs limitations, est ce qu'ils peuvent faire ci et ça, limitations en poids, en vitesse, en intensité...

○ Par le patient lui même

Un généraliste à découvert le dispositif devant une demande de prescription par le patient, lui-même adressé par une salle de sport partenaire.

G5 : en fait j'ai beaucoup leur questionnaire, qu'ils me demandent de faire. Mais du coup c'est eux qui m'ont ramené le questionnaire de la salle, c'est pas moi qui ait prescrit

3.3.3. Formation aux médecins

3.3.3.1. *Formalités*

- Un contact direct

Les médecins interrogés ne sont pas tous d'accord quant à la manière de leur présenter le dispositif. Si pour beaucoup une réunion présentielle est souhaitée, d'autres estiment que malheureusement le manque de temps ne leur permet pas toujours de s'y rendre.

La rencontre physique, par le biais d'une réunion d'information, de visioconférence, ou d'une visite au cabinet, semblait présenter l'avantage de faciliter les échanges et de poser les éventuelles questions.

A défaut, pour éviter un déplacement (donc un gain de temps), un entretien téléphonique semblait être une alternative suffisante pour certains d'entre eux.

Contrairement à cela, l'information par mails apparaît être moins adaptée pour les échanges.

G1 : je suis très présentiel moi... ouais en présentiel... (...) soit une visite au cabinet soit une FMC... C'est sympa les... ça manque de FMC (...) plus un truc euh... un soir de formation.

G2 : Après euh des contacts directs, euh, des appels directs aux médecins ou proposer un petit entretien téléphonique ça ça pourrait être peut-être... euh plus ...plus adapté. Après il y a toujours les échanges de mails hein mais... j'avais reçu déjà un mail... mais ça pareil c'est peut-être pas assez pratique, on perd vite l'information.

G3 : En présentiel on pose plus facilement les questions, c'était avant le covid et du coup c'était plus facile (rires)

G4 : Ben le plus pratique ce serait quelque chose sans déplacement mais je pense que ça... Ça reste moins.

G5 : Et une réunion d'infos parce qu'au moins tu peux poser des questions.

G7 : au moins déjà un appel téléphonique, parce que déjà savoir est ce que ça intéresserait. Peut-être pour une première approche.

G7 : je trouve qu'une réunion labo ça pourrait être sympa

G9 : je pense qu'il faudrait qu'il y ait un peu comme les visiteurs médicaux

G11 : Une réunion d'information je pense que ça serait bien. Euh... Ou alors proposer une Visio parce que, les séances d'information on peut pas toujours s'y rendre...(...) plutôt quelqu'un en face.

- Des documents utiles à disposition

Il paraissait également important de laisser une trace après la formation, une plaquette d'information qui permet au médecin de s'y référer si besoin ainsi que des formulaires d'inscription.

G5 : je pense une plaquette c'est le truc le plus facile, parce que c'est le truc qui prend pas longtemps et tu peux le garder dans ton... (montre le tiroir). Parce que tu vois comme dit moi on a dû m'expliquer un jour mais... j'avoue je sais plus, on me l'a dit à l'oral et sans pense-bête comme ça...

G6 : Éventuellement un petit flyer ou quelque chose pour se souvenir quoi.

G9 : quelqu'un qui viennent te présenter le projet avec une plaquette, éventuellement des fiches pour inscrire les gens enfin les... des questionnaires pour les envoyer vers le centre.

G10 : ben des plaquettes des flyers ça doit déjà exister mais si on ne nous les donne pas !

Un des praticiens ne se prononçait pas sur la méthode à utiliser pour former les médecins.

G8 : Honnêtement, aucune idée de comment il faut faire pour...

3.3.3.2. Attentes

Les attentes des médecins étaient sensiblement les mêmes pour tous : repréciser la population cible et surtout expliquer le fonctionnement du dispositif (la prescription, l'adressage du patient et le parcours jusqu'à la fin de prise en charge).

Ils insistaient sur l'importance de savoir où seront pris en charge les patients et trouvaient pertinent de connaître le coût pour le patient.

G1 : en pratique comment ça se passe, j'aimerais bien savoir ça... que font les gens, comment ils sont pris en charge, qu'est ce qu'on leur propose, quels sont les critères... euh...de prise en charge de voilà, quels sont leur... moi on me demande aussi est ce que ça va être gratuit, comment ça va se passer, où ils peuvent aller...

G2 : des documents plus pratiques sur les endroits où les personnes pourront être accompagnées, sur en effet repréciser à quelle population en priorité, pour quelle population c'est fait. Peut-être préciser un petit peu les modalités de cette prise en charge : est-ce que c'est des prises en charge qui sont faites pour être dans la durée, je sais pas combien de temps on leur propose éventuellement une prise en charge. Déjà qu'on puisse être plus clair avec les patients sur ce qu'est le dispositif.

G4 : Peut-être me remettre en tête...les modalités en fait...

G5 : concrètement me dire qu'est-ce que je dois faire quand je veux le prescrire et à qui exactement je peux le prescrire. Ouais plus le côté pratico-pratique quoi. Voir même le côté pratico pratique là dans le Sundgau. Du concret.

G6 : Vraiment faire le balayage complet de ce que ça implique, de ce qui est fait pendant justement le sport sur prescription. Ben comment le prescrire, peut être des résultats un petit peu qu'il y a eu avec les patients.

G9 : Et puis comme dit présenter un peu le système

G10 : je pense que ce qui est surtout intéressant c'est d'avoir les éducateurs médico-sportifs qui expliquent comment ça se passe... (...) Avec des éléments concrets : « on appelle là, on fait tel papier et... » (...)

G10 Ben sur la durée, de savoir dire au patient, parce que par exemple au Réseau on leur dit « Oui bon c'est un an, et puis après fini ». Mais Prescri'mouv finalement combien de temps c'est ? Et après comment on peut prendre le relai ? Comment on peut encourager les gens une fois que c'est fini ?

G11 : qu'ils détaillent les principaux objectifs, les principales populations cibles et euh... qu'ils détaillent la façon dont on doit prescrire. Voilà sur le pratico-pratique.

3.3.3.3. Une volonté ?

Pour beaucoup, il est primordial de connaître le dispositif pour pouvoir le proposer aux patients. Même s'ils ne souhaitent pas tous de formation, ils sont tous demandeurs d'informations.

G1 : et tout ça c'est des choses où moi je sais pas, quand je leur dis... mais du coup c'est la honte de proposer un truc et de pas connaître !

G2 : j'attends pas forcément une formation, euh... sur ce dispositif. J'attends qu'il soit peut-être euh... qu'on ait des documents plus pratiques

G4 : Non pas forcément parce que... L'ayant déjà suivi je pense que si déjà je pense que si je relis à chaque fois mes... les instructions, je devrais m'en sortir.

G5 : ben oui parce que je pense que c'est... Là moi j'aurais tellement de patient à envoyer !

G6 : D'être formée ? Oui je trouve que ça peut être intéressant de pouvoir le proposer aux gens justement. D'au moins pouvoir leur laisser le choix quoi ... Enfin de leur dire que ça existe et puis voilà, qu'ils sachent que ça existe quoi.

Il paraît important de former toutes les générations de médecins. Convier les remplaçants et pourquoi pas les étudiants aux différentes interventions.

G5 : moi on me l'a dit j'étais interne tu vois, donc c'est le truc que tu mets pas en pratique et après t'oublies.

G5 : nous on est jeune médecin donc on a entendu parler mais sincèrement je pense que il y a certains médecin traitant, genre à Friesen, je sais pas s'il connaît Prescri'mouv.

G6 : Et après moi, personnellement en tant que remplaçante, je trouve que il y a... Il y a de la communication sur les médecins installés, pour les médecins installés, mais pas trop pour les remplaçants.

3.3.3.4. Difficultés de mise en place

3.3.3.4.1. Peu de participants

Les généralistes interrogés ont évoqué d'eux même la difficulté de mise en place d'une formation. Pour ceux qui y ont déjà participé, ils déplorent le manque de participation.

G7 : En fait je peux pas vous demander de faire ça, parce que quand j'ai vu le nombre de personne qui était à cette réunion, tu es juste dégoutée quoi. Je me dis « Purée les mecs » ... (Soupirs). « Vous jouez pas le jeu quoi ». On arrête pas de dire qu'il faut bouger nos petits vieux mais y'a personne à la réunion. Tu vois qu'est-ce que tu veux faire de plus que ça. (...) Mais c'est toujours pareil, c'est que c'est toujours les mêmes que tu réunis. Je pense que de toute façon ceux qui ne viennent pas, ils ont pas envie et de toute façon ils ne bougeront jamais tu vois.

G8 : Enfin disons qui...qu'ils s'en barrent de tout ce qui existent. Parce que bon pour travailler dans la plateforme pour les troubles du neurodéveloppement, je vois combien c'est compliqué. Enfin on a l'impression de leur dire des choses, de les informer par quarante voies hein. Parce là par exemple il y a eu des mails, des entretiens, il y a eu des formations et on a l'impression que quand ils sont devant une problématique ils oublient

G10 : Après présentiel ça marche pas alors, Dannemarie ça été annulé.

3.3.3.4.2. *Multitude de formations, peu de temps*

Ils avouent facilement que le manque de temps et la multiplicité des formations leur impose de faire des choix.

G2 : ils l'ont déjà proposé, des réunions informatives. C'est sûr qu'il y en a déjà eu... C'est un problème de temps et qu'il y a tellement de réunions d'information proposées ou de formation que... bah de toute façon il faut sélectionner donc...

3.3.3.4.3. *Contraintes personnelles*

D'autres expliquent que les formations étant essentiellement le soir, il est difficile de s'y rendre pour des problèmes d'organisations familiales.

G7 : Après je pense que ... Après tu connais notre job, tu y es tu vois. Toi tu as des gamins et tout, tu crois que tu vas encore te taper une formation, en plus... (Soupirs).

3.3.3.4.4. *La COVID*

Pour un des médecins, la période de la COVID a été un frein dans la formation, par manque de temps mais aussi parce que beaucoup de choses ont été reportées ... voire annulées.

G1 : Elle nous avait proposé, et c'est vrai qu'après il y a eu covid y'a eu machin... mais l'autre jour on en a reparlé, on l'a jamais rappelé dans tout ce bazar...

3.3.4. Freins rencontrés par les patients

3.3.4.1. *Manque de motivation*

Pour la quasi-totalité des médecins, le premier frein rencontré est le manque de motivation des patients. Bien souvent, les patients auraient tendance à maquiller cela par d'autres excuses. Les interrogés avouaient qu'il était plus facile pour eux d'envoyer le patient faire des examens complémentaires ou voir un médecin spécialiste, que de leur demander de faire une activité physique. Certains avaient même l'impression que les patients pouvaient avoir une peur de l'activité physique.

G1 : et après l'excuse des patients... moi je pense que c'est pas vraiment... je crois c'est quand ils ont pas envie quoi...

G2 : Après je pense que c'est plus du côté du patient, changer l'habitude, faire la démarche, c'est toujours un effort au début (...). Ouais la motivation voilà.

G3 : Je les envoie beaucoup plus facilement faire une prise de sang, ou faire... ou acheter de la poudre de perlimpinpin à la pharmacie c'est beaucoup plus facile que de leur dire « ben ce serait vraiment bien que vous fassiez un petit peu plus de...d'activité physique ». Même le Week end de... Marcher. Et en fait ils me disent « Ah ben non le Week end je peux pas parce que... ben parce que je suis fatigué ou parce que je dois faire le ménage ou...» (...) Le manque de motivation c'est terrible. Et c'est juste désespérant. Donc c'est vrai que... Et là moi j'ai pas de solution, parce que franchement moi je suis hyper positive. (...) Mais en même temps, la plus part des gens savent qu'il faut bouger, mais il ne le font pas.

G4 : Sans être un handicap mais manque de motivation pour l'activité en général.

G5 : beaucoup plus facile d'envoyer chez le kiné que de faire de l'activité physique. Déjà parce que 80% des gens pensent que chez le kiné ils vont se faire masser (rires). Donc ils y vont.

G7 : Mais c'est surtout la motivation des gens et euh...

G8 : les freins ils sont plus de l'ordre psychologique enfin je dirais que pour les patients qui ont pas trop envie de se bouger ou de faire un effort hein donc...

G10 : Après il faut motiver les patients et ça... C'est.... Waouh, compliqué.

G11 : c'était plus un frein lié au patient, parce qu'ils sont pas toujours motivés (...) ils leur manque juste la motivation

3.3.4.2. Manque de proximité, déplacements nécessaires

Pour de nombreux généralistes, le manque de déploiement du dispositif dans les milieux ruraux est un frein majeur. Les patients à la campagne, souvent âgés et isolés, ne peuvent se déplacer pour diverses raisons (manque de véhicule ou inaptitude à la conduite, limitations fonctionnelles...). Or dans les zones rurales il n'existe pas de franchises alternatives envisageables (peu ou pas de transports en communs).

G1 : enfin y'en a qui veulent pas adhérer parce qu'ils ont ... parce que c'est Altkirch. Quand je leur dis qu'il y a des salles de sport après plus proche c'est vrai que voilà... ils sont plus d'accord (...) La distance ouais... De devoir quand même aller, même si c'est pas très loin c'est vrai que les gens ça leur fait quand même des fois loin

G4 : Le frein c'est que jusqu'à présent il y a pas grand-chose dans le secteur... (...) Ben je proposais pas trop parce que ils n'étaient pas vraiment très enclin à se déplacer... (...) Ben le fait de devoir envoyer les gens relativement loin euh...

G6 : Je sais pas trop où c'est localisé, parce que nous du coup on est sur St Louis, donc si c'est sur Mulhouse ou Colmar ça fait un peu loin pour les gens.

G7 : Déjà pour se déplacer. Les personnes âgées c'est surtout ça, la distance.

G8 : Ca peut être parfois le territoire. C'est quand même pas déployer complètement partout.

G9 : après ça peut dépendre éventuellement du secteur, j'en parlais avec d'autres médecins, bah... c'est vrai que nous on n'a pas trop de salles de sport, d'affiliation sportive dans le secteur donc les gens après ils peuvent plus se déplacer car trop loin.

G10 : nous je pense qu'on est moins impactés par ces problématiques de déplacements parce qu'à Altkirch on est assez central, mais je me dis bien que la population du fin fond du Sundgau, c'est pas les mêmes milieux sociaux économiques, et que ça peut être un frein même pour des jeunes,

G11 : Il y a certaine personne qui ont du mal à se déplacer donc le fait de venir sur Altkirch c'est pas toujours facile pour tout le monde.

3.3.4.3. Manque de moyens financiers

L'autre frein évoqué était le manque de moyens financier. En effet, devant l'absence de prise en charge intégrale, il reste à charge une partie des frais au patient, plus ou moins conséquente selon l'activité.

G3 : Et je pense que s'il l'a pas fait finalement, c'est parce qu'il s'est rendu compte qu'en fait c'était pas pris en charge.

G5 : Parce qu'en fait le frein de beaucoup de gens c'est que les inscrire en salle de sport, 300 euros la salle de sport ils peuvent pas hein!

G6 : Je sais pas trop si ça a des implications financières ou pas, parce que c'est vite compliqué.

G9 : Les patients qui sont financièrement précaires, parce que ça implique que ce soit eux soit qui s'inscrivent il y a une licence, où qu'ils puissent financièrement effectuer leur sport. Euh... Donc la précarité des gens si c'est un problème social derrière je pense que ça va bloquer.

G10 : financièrement je sais pas si tout le monde peut se le permettre.

3.3.4.4. Nouvelle consultation pour le certificat médical

Pour cinq des généralistes, le fait de devoir reconsulter pour obtenir le certificat médical était un frein important pour le patient.

Vue la démographie médicale actuelle, il peut être difficile d'obtenir un rendez-vous chez son médecin dans un délai court. De plus, les patients ont tendance à attendre de devoir retourner chez le médecin pour un autre motif pour revenir. Dans les deux cas, cela engendre un retard de prise en charge, voire un risque accru de perdus de vue.

G2 : je pense que clairement c'est un frein pour le patient, perte de temps, risque de démotivation du patient. Si je prescris, c'est bien que je suis d'accord.

G5 : Alors je pense que oui, s'il doit revenir c'est un frein, parce qu'il y a vraiment clairement des patients qui ont pas envie de revenir.

G6 : s'ils travaillent ils ont pas forcément le temps de passer... enfin d'aller chez l'éducateur sportif, de retourner chez le médecin traitant... Il y a souvent manque de places aussi dans les consultations donc euh... Je pense que ça peut être un frein oui.

G10 : Revenir chez le médecin juste pour le certificat je pense pas qu'ils le fassent. Ils attendent de revenir pour autre chose et le feront à ce moment-là. Donc du coup oui quand même un frein avec un délai du coup de prise en charge qui se rallonge.

G11 : Parce que si je le fais dans un deuxième temps, les patients en général ils ne reviennent pas.

3.3.4.5. Manque de temps

Le manque de temps paraît être un frein pour la pratique de l'activité physique.

G1 : c'est des fois qu'ils ont pas le temps.

G3 : Parce que souvent c'est ça c'est une sorte de ... ils me disent qu'ils ont pas le temps...

(...)

G6 : Le temps que ça prend aux gens.

3.3.4.6. Disponibilité des structures

Objectivement, les patients éligibles sont de plus en plus jeunes, et donc ayant encore parfois un emploi. Donc s'ils trouvent le temps pour une activité physique, encore faut-il que les structures soient accessibles en dehors de leurs horaires de travail.

G3 : j'ai prescrit Prescri'mouv pour une salle de sport. La salle de sport ça reste quand même une sorte de contrainte horaire machin,

G7 : un accès facile quoi hein, des horaires. C'est sûr que s'ils prennent de 14 à 17h ou 16h, c'est un peu difficile. Quand t'as des gens qui bossent

G10 : Ouais ben le temps. Faut que les patients ils aient le temps d'y aller. Donc c'est toujours les mêmes problématiques, 'est que ça touche de plus en plus de patients jeunes, sauf que les gens jeunes travaillent et donc ne sont pas disponibles la journée et je sais pas comment ils adaptent à ça.

3.3.4.7. Manque de connaissance

Le manque de connaissance des patients sur le dispositif peut également être à l'origine d'un frein à l'adhésion. En effet, certains ne comprennent peut-être pas l'objectif de la prise en charge, voire méconnaissent l'intérêt global de l'activité physique sur leur santé.

Par ailleurs, parfois ils assimilent à tort Prescri'mouv au Réseau de Santé Sud Alsace, ce qui créent une confusion et parfois une rétractation de la part du patient.

G1 : Ils comprennent peut-être pas à qui ça s'adresse et ils se sentent peut-être pas concerné en fait...

G5 : Et les patients souvent ils sont un peu réfractaires au dispositif. En fait eux ils pensent toujours Réseau, Réseau, Réseau. Et, y'en a aucun qui veut aller au Réseau. Ils pensent vraiment que ça a un rapport avec le Réseau.

G10 : si on leur explique mal et s'ils connaissent pas, ils n'y vont pas forcément.

3.3.4.8. Limitations fonctionnelles du patient

Pour certains patients, leurs limitations physiques étaient la raison pour laquelle l'activité physique n'est pas possible.

G3 : qu'ils peuvent pas parce qu'ils ont mal aux genoux ... (...) Que les freins c'est eux qui se les mettent et qu'en fait on peut faire les choses même quand on a un petit handicap.

G4 : malheureusement ce sont des gens qui sont pas très... mobiles dans le côté physique en fait

3.3.4.9. Durée limitée de prise en charge

Le problème d'une durée de prise en charge limitée semblait être un problème, plus pour la pérennité de l'activité physique que pour son initiation. Mais en ce sens, cela restait tout de même un frein.

G3 : Et une fois que le dispositif est terminé, et ben ils s'arrêtent. Et c'est ça qui m'énerve. (...) le côté un peu pervers de la situation où les gens on leur dit «Ah ben tiens vous pouvez faire ci, Prescri'mouv» un peu cocooning, où on t'accompagne, où on te montre ce que tu peux faire, et puis une fois qu'on leur montre plus pouf, on retourne dans son fauteuil. Et c'est le même problème qu'on rencontre au Réseau Santé... Mais avant effectivement ils pouvaient rester deux ans trois ans au Réseau, avec une sorte de suivi ça marchait voilà, on leur a coupé le... les vivres (rires), la possibilité de rester au réseau euh...un peu plus longtemps, donc il reste une année et ensuite terminé, et ben il faut voir c'est incroyable. Ils perdent le fil mais... quasiment... on coupe le fil ils tombent !

3.3.4.10. Délai de prise en charge long

Enfin, un délai de prise en charge trop long par le dispositif serait à l'origine d'abandons prématurés de la part du patient. En ce sens, la COVID a pu bousculer la mise en place du dispositif.

G7 : bon le COVID à foutu sa merde... ça c'est sûr. Catastrophe depuis pour les refaire bouger. Sur les prises de sang, sur les glycémies, sur la qualité de vie...(...) Ouais sur l'autonomie sur les personnes âgées c'est une catastrophe. Bon bref.

G10 : Après je sais pas quelle est la disponibilité quand ils appellent ? Par exemple à Thann je sais que les gens disaient « On appelle mais ça répond pas ».

3.3.5. Freins rencontrés par les médecins

3.3.5.1. Méconnaissance du dispositif / des prestataires

Dix des onze médecins interrogés avançaient que leur méconnaissance du dispositif était à l'origine d'une faible prescription de leur part. Ceci était expliqué selon eux par un manque de communication. Un des praticiens travaillant dans une maison de santé s'étonnait de ne pas être au courant que le kinésithérapeute de sa structure participait à Prescri'mouv.

G1 : en vrai je ne sais pas exactement comment ça se passe.

G2 : Je dirais que ça reste opaque pour moi (rires). (...) C'est difficile de conseiller quand on sait pas trop derrière quel type d'activité et où on va pouvoir leur proposer. Surtout où...(...) Parce qu'il faut quand même convaincre les patients, et si on peut pas les convaincre parce qu'on n'a pas des données simples et pratiques, bah c'est difficile de leur parler du dispositif.

G3 : Les prescripteurs je pense qu'ils doivent être au courant. Mais par exemple, même la salle de sport de Waldig' est homologuée, et donc... mais on n'a jamais eu trop de pub là-dessus.

G4 : Ben pas trop parce que Daniele Hoehe que j'ai vu samedi m'a dit que le kiné qui est à côté en fait...(sourires). Mais du coup là je suis un peu surpris parce qu'en fait il m'en a pas parlé... (semble agacé).

G5 : sûrement peut être moi aussi, parce qu'indirectement du coup j'ai des lacunes, donc je pense que du coup je le fais moins.

G6 : : Moi je m'y suis jamais vraiment intéressée plus que ça on plus. Après on l'a pas évoqué spécialement dans nos études, c'est dommage.

G7 : longtemps je n'ai pas prescrit, parce que c'est vrai que je savais pas chez qui envoyer, je savais pas du tout comment ça fonctionnait, je savais pas où ça se situait...

G9 : Après le Prescri'mouv euh... comme dit jamais parce que ouais, je connais pas trop la structure.

G10 : Adresser les gens en disant « Vous verrez bien ce que c'est » tu ne peux pas, donc faut quand même un peu expliquer, donc déjà faut connaître donc voilà.

G11 : Tout au départ je ne connaissais pas le dispositif, donc j'ai eu du mal à accéder au formulaire, donc forcément je n'ai pas beaucoup prescrit.

3.3.5.2. Pas une habitude de prescription

Pour la plupart, l'expression du : « On ne fait bien que ce que l'on fait souvent » était de mise.

En effet, les médecins estimaient que cette prescription n'étant pas habituelle, ils n'y pensaient pas toujours.

G1 : Après c'est vrai que des fois j'y pense pas je sais pas pourquoi ...et c'est que genre au bout de la troisième fois qu'on parle du poids que je me dis « ah tiens je suis bête, faut que je vous parle d'un truc... »

G4 : je le fais pas assez souvent, et chaque fois il faut que je me replonge dans leur... dans les instructions. Faut faire souvent et l'avoir sous les yeux oui

G6 : tant que c'est pas ancré vraiment dans ta pratique, je pense que tu le fais pas. Tu y penses une fois tous les tant et tant de temps mais...

G7 : Tant que ça rentre pas dans nos réflexes...

G8 : Alors que Prescri'mouv je trouve que c'est du quotidien quoi. Une fois qu'on a pris le pli euh...

G10 : parce que nous on y a pas forcément penser juste parce que... On y a pas penser alors qu'en fait c'est intéressant.

G11 : Après souvent on y pense pas, parce que quand on suit les gens de façon régulière, au bout d'un moment c'est des choses qu'on pense plus forcément à aborder.

3.3.5.3. Multiplicité des structures

Actuellement sur le secteur, il existe plusieurs structures permettant une réadaptation à l'effort. Ceci pouvait parfois expliquer le manque de prescription pour Precri'mouv'.

G4 : Ben en général quand on les adressait au Réseau après il gérait tout (sourires).

G7 : alors y'en a j'envoie à Lalance tout ce qui est cardio/pneumo. Mais c'est très spécifique tu vois.(...) Franchement, il y a une filière qui était super. Je sais pas si tu en a entendu parler. Un chir' dig' du Diac'. Il avait monté une structure de prise en charge globale de l'obésité (...) Le Réseau était vraiment top. J'envoyais, allez hop, ils faisaient tout : l'ohptalmo, le pied. Ils géraient tout bien et moi je me reposais sur mes lauriers.

G8 : Je travaille aussi avec le cabinet de Lauw qui a vraiment été labelisé cabinet sport santé, et qui eux, ont mis en place des vrais accompagnements, pas seulement de Prescri'mouv mais aussi pour d'autres patients qui sont désadaptés à l'effort, qui sont aussi psychologiquement parfois isolés

G9 : Par contre je leur parle plus de tout ce qui est centre de réadaptation Lalance ou... le Réseau qui font du sport, de la nutrition, je passe plutôt par ce biais là quand je fais des prescriptions actuellement

3.3.5.4. Manque de coordination avec le dispositif

Le manque de coordination entre le dispositif et les prescripteurs étaient aussi un frein à la prescription. En effet, sans retour du dispositif, les prescripteurs ne savaient même pas si les patients adressés y étaient allés. Dans ce sens, le fait que le patient revienne pour le certificat médical était le seul de moyen d'avoir l'information.

G5 : Après d'un côté ce qui est bien c'est qu'au moins on a un retour (sous-entendu quand le patient revient pour le certificat médical) qu'on a peut-être pas sinon.

G6 : Pour moi oui un gros manque de coordination.

G7 : j'en ai déjà envoyé maintenant je sais pas s'ils y sont allés. J'ai jamais eu de compte rendu.

3.3.5.5. Manque de conviction

Trois des praticiens interrogés expliquaient leur faible taux de prescription voire l'absence de prescription par leur manque de conviction par rapport à l'intérêt du dispositif. Certains estiment qu'il est « facile » de faire une activité physique, gratuitement, en extérieur, sans contrainte horaire. Un autre avançait que tant qu'il n'était pas sûr de la pérennité de l'opération, il ne voyait pas l'intérêt de s'investir dans la prescription.

G3 : c'est pour ça que moi je leur dis de... d'aller dans la nature, que ça c'est gratuit et ils le font quand ils veulent ! Tu vois...c'est peut-être pour ça que je ne prescris pas énormément.

G3 : Pour l'adressage c'est peut-être moi (rires). Parce que justement, quand euh, si c'est une personne qui est valide, qui n'a pas de demande express pour Prescri'mouv, qui euh... qui est en état, qui peut prendre sa voiture, qui peut marcher, qui peut faire tout ce qu'elle veut, et qu'il y a un vélo d'appartement à la maison, qu'il y a une paire de basket et des amis... je trouve que c'est un peu débile de prescrire Prescri'mouv pour... plutôt que de lui dire « Mais prends tes baskets, tes bâtons, va avec ta copine et tu marches ! ». Ou tu fais du vélo, ou tu fais du vélo d'appartement ou tu regardes... (...) Et je trouve que c'est un peu... je suis un peu contre l'assistanat à outrance. C'est ce côté là... il faut quand même un minimum, parce c'est ces personnes-là, c'est celles qui craquent après. Et ça m'énerve un peu de prescrire des choses, on dépense des sous pour quelqu'un qui finalement lâche le morceau dès qu'on lui file plus de fric.

G3 : l'autre en fait il a, hmmm il avait déjà été à cette salle de sport et c'est le monsieur de la salle de sport qui lui dit. Donc il était déjà un peu introduit dans le truc. Donc quelque part je me dis, pourquoi est-ce que tout d'un coup il passerait sur Prescri'mouv ?

G4 : Je suis pas convaincu plus que ça pour l'instant.

G7 : Tu as à chaque fois d'autres intervenants, t'as à chaque fois de nouveaux trucs. On a jamais rien qui est pérenne, au bout d'un moment tu en as marre quoi, et tu fais plus du tout.

3.3.5.6. Manque de temps lors des consultations

Le dernier frein évoqué était un manque de temps lors des consultations. Ces dernières étant de plus en plus longues et complexes, notamment à cause de la multitude de motifs à traiter en une seule rencontre.

G2 : les freins à l'adressage ce serait éventuellement le manque de temps des médecins dans une consultation. On a toujours beaucoup de chose à voir donc parfois bah c'est le manque de temps.

G10 : c'est pas un frein pour moi, mais je suppose que ça prend quand même du temps d'expliquer aux gens, de les convaincre que ça peut être une bonne idée donc je pense que pour certain ça peut être un frein.

3.3.6. Pistes d'amélioration

Un des médecins n'a pas souhaité répondre à ce point, expliquant le fait que ne connaissant pas assez le dispositif, il paraissait compliqué de proposer des pistes d'amélioration

G6 : Alors étant donné que je ne sais pas trop comment ça fonctionne (rires), c'est difficile de répondre à la question sur l'amélioration à envisager.

3.3.6.1. *Visibilité : miser sur la communication et l'information*

Les prescripteurs sont quasiment tous unanimes pour dire que pour développer le dispositif, il faut surtout informer et communiquer à son sujet. Il faut former les médecins à la prescription, mais il faut aussi et surtout sensibiliser les patients à l'activité physique et ses bénéfices.

- Pour les patients : affiches en salle d'attente pour susciter l'intérêt et créer le dialogue avec le médecin, journées portes ouvertes ou interventions en extérieur, utilisation des nouveaux canaux de communication,

L'information au patient semble primordiale. Elle permet au patient de s'interroger sur ses pratiques et ouvre le dialogue avec le généraliste sur l'activité physique en générale et sur son éventuelle prescription en rapport.

Mettre à profit le temps passé à attendre une consultation semble être une option intéressante. En ce sens, des messages de prévention sur les bénéfices liés à l'activité physiques ont tout à fait leur place en salle d'attente. Encore faut-il que les informations qui y sont laissées soient claires, lisibles et compréhensibles par tout un chacun.

G1 : je pense ce serait pas mal d'en parler plus... après nous on a une affiche en salle d'attente, les gens nous en parle des fois. Euh... je pense que c'est important de mettre... franchement les gens lisent des affiches en salle d'attente, je pensais pas mais (rires). Ils ont le temps du coup ils regardent... et du coup ça marche... et peut être simplifié parce Prescri'mouv je pense ils voient pas trop... peut être expliqué sur les affiches ce que c'est.

G3 : Parce qu'en fait moi je leur fait la prescription, parfois c'est sur leur demande d'ailleurs.

G3 : J'ai un patient qui est venu et je crois que c'est à la salle qui lui ont dit que c'était possible. (...)

G3 : Parce que même des petits flyers qu'on laisse en salle d'attente... ou d'affiche plutôt que de mettre 15 machins pour la vaccination de la grippe. Je préférerais mettre un truc Prescri'mouv plutôt que, que le vaccin de la grippe !

G3 : qu'ils mettent un petit peu dans les grandes lignes qui y a le droit, ça c'est important parce que sinon tout le monde va me le demander. C'est ce qui c'est déjà passé... « Ah paraît que maintenant on peut avoir de la piscine ou de l'aqua bike remboursé ? »

G3 : plutôt axer sur les... l'effet préventif de l'activité physique à laquelle ils ont du mal à croire.

G4 : D'ailleurs on pourrait même à ce moment-là mettre une petite affiche en salle d'attente pour déjà, motiver les gens au préalable pour qu'eux puissent éventuellement en parler (...) Il faut quand même que ça reste clair.

G5 : Après oui ça peut être intéressant, une petite affiche en salle d'attente... ouais pourquoi pas une affiche pour les patients.

G9 : Moi je mettrais des affiches comme dit d'information euh...donc en salle d'attente ou éventuellement des flyers qu'on peut donner aux patients si on veut juste leur en parler rapidement « Est ce que ça vous intéresse ? On en reparle la prochaine fois ? »

G10 : Info aux patients je pense, pour pallier au fait que nous on ait pas toujours le temps, et finalement quand les patients disent « Ah ouais j'ai entendu parler de ça, je les ai vus, en fait c'est quoi ? » Ben c'est facile du coup d'en parler. (...) Et quand ça vient des gens c'est toujours plus simple aussi.

G11 : Je pense qu'il faudrait plus axer sur plus de ... Plus de visibilité dans les salles d'attente par exemple, pour que les gens viennent nous en parler (...) Alors que si eux ont l'information visuelle ils vont nous dire « Au fait Docteur, qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que je pourrais pas en faire partie ? ».

Deux des médecins évoquaient des rencontres directes entre dispositif et patient, au travers soit de journée portes ouvertes dans les locaux du dispositif soit par des interventions extérieures.

G9 : des journées portes ouvertes pour les patients, sans forcément qu'ils soient adressés ou que nous on leur demande d'y aller. Une journée d'information aux patients, deux fois par an, où les gens peuvent venir juste dans le centre, voir comment ça se passe. Pour se familiariser peut-être que ça peut les inciter à ce qu'on leur prescrive.

G10 : Après ouais être présents sur les marchés, sur les... Mais bon ce que font, pareil que le Réseau, je sais pas s'ils associent Prescri'mouv quand ils font des informations sur le terrain.

Enfin, devant une population cible de plus en plus jeune, et devant l'essor des « nouveaux » moyens de communication, un médecin s'interrogeait sur l'importance et la pertinence de l'utilisation de ces derniers.

G10 : je sais pas comment ils sont présents sur réseaux sociaux, communication, nouveaux canaux de communication...

- Pour les prescripteurs : flyers de présentation et rappels réguliers via des entretiens

Afin d'améliorer la visibilité du dispositif pour les praticiens, ils évoquent la création d'un support papier, leur permettant de l'avoir sous les yeux et donc d'y penser durant les consultations.

G4 : Une fiche récapitulative ? Peut-être mais ça serait juste une fiche de plus. Là on est inondé de fiches déjà.

G5 : une plaquette, enfin un truc que je peux garder, qui est clair et qui ait pas plein de truc marqué partout. L'essentiel. Et savoir, localement, en fait comment tu fais en pratique.

G6 : Ben ça des flyers, des petites cartes ou des mails... Des mails qui sont adressés à tous les médecins que ce soit généralistes ou ... installées ou remplaçants... Euh ouais ça ça peut être pas mal ou... Euh... (soupirs). Bah ou des journées de formations quoi.

Mais ils insistent surtout sur l'importance de leur faire des rappels, régulièrement, sur l'existence et le déroulé du programme. Ces rappels pourraient se faire au moyen d'appels téléphoniques, de mails ou d'une visite de quelqu'un du dispositif dans les cabinets. L'intérêt est double dans ces entretiens : un rappel pour le prescripteur, mais l'occasion aussi pour le dispositif d'avoir le retour des médecins sur les ressentis et les souhaits de leur part.

G7 : Et je pense que si c'est pérenne, si ça dure et vous martelez tout le temps, tout le temps... là ça viendra. Quand tu apprenais ta leçon c'est pareil. J'ai fait une fois une interro, mais si on te réinterroge pas six mois après tu as tout oublié. Là c'est pareil, si tu harcèles pas les gens euh... Comme tu dis peut-être des fois un rappel, ou les voir chez eux au cabinet ça peut être pas mal. Euh... Faire des réunions. et après on te rappelle six mois après : « Ah au fait, dites-moi, ça a marché ? Quel est le frein ? »

G8 : Peut-être qu'on pourrait le rappeler aussi, comme le fait aussi le délégué de l'assurance maladie, peut-être qu'on pourrait le relancer un peu de temps. (...) Voilà de faire juste un petit rappel pour dire « Voilà ça existe » parce que je pense que tout le monde a dû entendre parler du sport sur ordonnance.

G11 : De temps en temps, un mail de rappel, ça pourrait être sympa. Genre, une newsletter ou un truc comme ça...

G11 : Sur ce qui a changé ou éventuellement faire un truc un peu dynamique, de temps en temps un mail avec je sais pas un exemple de pratique physique qu'on peut proposer ou ... Qu'ils nous donnent un peu de visibilité au fur et à mesure.

3.3.6.2.Prescription

a. Les modalités de prescription : un ordonnancier à disposition

En ce qui concerne les modalités de prescriptions, tout paraît assez simple. Les médecins suggéraient juste la mise à disposition d'un document pré-rempli type ordonnancier pour plus de facilité.

G1 : je pense pas moi je trouve ça assez simple hein. Enfin en tout cas moi on m'a jamais embêté, j'ai toujours rempli ce papier et j'ai jamais eu de soucis...

G5 : après genre je sais pas, le formulaire type que chacun à ...comme tu vois, comme un truc comme ça (me montre un ordonnancier), qu'on met dans notre bureau.

G6 : peut être que si y'avait... j'imagine quelque chose avec une feuille déjà pré remplie (rires) avec euh... enfin moi je cocherais qu'est-ce qu'il a le droit de faire, qu'est-ce qu'il a pas le droit de faire, ses pathologies... ça ça pourrait être pas mal je trouve.

G10 : Non je pense que ça c'est assez facile.

b) Rédaction du certificat médical : dès la prescription et sur le même formulaire

Six des médecins interrogés proposaient de rédiger le certificat médical d'aptitude à la pratique sportive adaptée dès la prescription du dispositif.

En effet, ils expliquaient que de façon tacite, si on leur prescrit c'est qu'on pense bien qu'ils y sont aptes, surtout chez des patients dont ils sont médecins traitants et donc qu'ils connaissent.

L'objectif étant un gain de temps pour le patient mais aussi pour le médecin.

Ce certificat pourrait même prendre la forme d'un encart dédié sur la fiche de prescription.

G1 : y'en a à qui j'en parle et qui m'en reparlent d'eux même la fois d'après et moi je leur fais tout de suite, je leur dis ben vous pouvez essayer... Parce qu'on les connait normalement les gens... on se doute bien qu'ils peuvent le faire quoi.

G3 : Je pense que le certificat médical je l'aurais fait d'office (...) Parce que déjà c'est des gens, si j'ai eu cette discussion avec eux, si je leur prescris ça, c'est des patients, des patients que je connais, c'est mes patients dont je suis le médecin traitant. Donc le certificat médical il va pas me durer des plombes, je peux le faire en même temps que la prescription...

G4 : Je pourrais faire le certificat en même temps que je prescris, si déjà je l'adresse... Tout le monde gagne du temps.

G9 : pour la question du certificat je pense que de façon tacite quand tu l'envoies faire du sport, c'est bien que tu le juges apte à faire du sport !

G10 : bon le certificat médical en soit, c'est plus pour la forme parce que si je l'ai envoyé c'est bien que je suis d'accord. (...) Donc le certificat tout de suite en même temps que la prescription, donc autant qu'ils puissent tout de suite enchaîner.

G11 : Parce que on peut le faire déjà d'emblée le certificat médical, quand on adresse le patient. Parce qu'en général quand on adresse c'est qu'on sait que le patient il est « capable physiquement ». Moi je le fais d'emblée.

3.3.6.3. Prescripteurs

a) La place des kinésithérapeutes : prescription initiale ou en relai d'une rééducation

Pour trois des médecins interrogés, les kinésithérapeutes apparaissaient être les professionnels de santé les plus aptes à prescrire selon eux. Soit dans le cadre d'une prescription d'emblée chez un patient ne faisant pas d'activité physique, soit en relais de leur prise en charge de rééducation.

G3 : - Euh.... Prescription par les kinés pourquoi pas. Pour faire suivre leur prise en charge.

G5 : Je pense que peut être par exemple les kinés. Parce que je pense qu'eux aussi ils drainent beaucoup de monde qui ont des douleurs, des choses qui peuvent euh... des choses où à mon avis l'activité physique aiderait chez gens-là mais ils vont chez le kiné à place. (...)
Moi je dirais que ce serait à la place du kiné, mais après je sais pas si les patients seraient d'accord. (...) Mais en vrai je pense qu'il y a beaucoup de rééducation parfois de truc où il faut juste faire bouger un peu et Prescri'mouv suffirait

G9 : Éventuellement les kinés, à la fin de leur prise en charge, en entretien.

b) Des infirmières scolaires ou en pratique avancée

D'autres ont évoqué la possible prescription par les infirmières scolaires ou en pratique avancée, mais n'ont pas précisé le but de la prise en charge.

G7 : Je pense que les infirmières à la rigueur, mais pas les pharmaciens (...)

G9 : Ben les infirmières scolaires éventuellement ou ... Ouais l'infirmière scolaire ou de pratique avancée ce genre de choses-là. Après je vois pas ...

c) Pas d'élargissement des prescripteurs, risque de perte d'information

Enfin, quatre des interrogés étaient contre l'ouverture des droits de prescription à d'autres professionnels, mettant en avant le risque de perte d'information.

Pour eux, le médecin traitant est le seul à avoir une vision globale de la santé des patients, par la connaissance qu'ils ont de leurs dossiers. Ils estiment devoir rester les coordinateurs de la prise en charge du patient.

G4 : Je vois pas vraiment la nécessité comme ça d'avoir d'autres prescripteurs.

G7 : Donc tout le monde peut prescrire tout et n'importe quoi. Du coup on est plus au courant, tu as une dilution des... des responsabilités et donc des informations. Et puis finalement plus personne le fait quoi, parce que tout le monde pense que c'est l'autre qui fait.

G9 : Après je vois pas d'autres professionnels de santé qui puissent le prescrire en étant aussi complets que nous pour la prise en charge quoi. C'est quand même nous les principaux coordinateurs de toutes les spécialités.

G11 : Je fais partie des gens qui sont convaincus que la prescription doit rester aux médecins. On va pas commencer à permettre aux pharmaciens ou à la sage-femme de prescrire tout. Parce que nous on est formés sur tout... enfin sur le plan physique il faut quand même qu'on puisse vérifier l'absence de contre-indication médicale. Mais surtout on connaît tout son dossier médical. Dans sa globalité, dans son intégralité.

3.3.6.4. Coordination Prescri'mouv/médecins

- a) Attentes : courrier de venue et de progression du patient, bilan annuel avec mise à jour d'une liste des offres et intervenants

Les praticiens souhaitent pour certain avoir une vision d'ensemble du dispositif, pas forcément très fréquemment mais peut être un bilan sur l'année du nombre de patient inclus,

des parcours proposés. S'ils voient que le dispositif fonctionne, ils se disent plus entraînés à le proposer.

G2 : un retour sur le fonctionnement, le nombre de personnes, ça peut être toujours intéressant de voir si ça marche et euh... le nombre et les raisons des fois des échecs. (...) C'est intéressant de pouvoir faire des évaluations du dispositif et de voir dans la durée comment les gens...évoluent, s'améliorent...

G3 : C'est vrai que d'avoir un retour du devenir des patients ce serait un plus pour avoir envie de prescrire

Il semble important de savoir que le patient a bien été au dispositif. En effet, parfois le médecin a prescrit, et finalement le patient n'y est jamais allé. Mais sans retour, on ne pense pas forcément à reposer la question au cours d'une consultation.

G7 : Et qu'il me donne un retour juste pour me dire « Bon ben ok le patient » ou tout bêtement déjà un mot, si déjà le patient est venu chez nous, comme les urgences elles font, les urgences cardio je crois. Ils disent « Tel patient hospitalisé pour ça ». (...) Parce que ça prend du temps tout le bla-bla, donc des fois ne serait ce que justement de savoir qu'il est allé, ok c'est bon.

Ce bilan annuel pourrait être l'occasion de rappeler aux médecins les différentes possibilités en ce qui concerne les offres disponibles sur leur territoire.

G2 : Justement si une fois par an déjà, euh... que ce soit par courrier ou par mail, on puisse recevoir une liste justement des intervenants ou une mise à jour. Je sais que la personne qui

s'occupait de ça, ça à changer un moment donné, je sais plus qui s'en occupait. Enfin...

Justement pour tout ça ce serait bien de connaître l'intervenant. De connaître l'interlocuteur.

- b) Voie de communication : via Apicrypt surtout pour une intégration facile au dossier médical, perte d'information risquée si documents remis au patient, mails et courriers peu utilisés

La messagerie Apicrypt semble être la voie de communication privilégiée à utiliser entre le dispositif et les médecins. En effet, cette dernière permet de savoir rapidement que le patient s'est présenté à son entretien, mais surtout, cela permet une intégration facile des résultats dans les dossiers médicaux.

G6 : mais par contre éventuellement sur... Enfin comme un résultat de spécialiste, ça pourrait être pas mal. En gros un compte rendu de ce qui a été fait, voilà, tous les... peut être pas toutes les séances mais tous les tant et tant de temps...

G7 : Pour la communication, bonheur Apicrypt mille fois oui. Oui Oui. Comme ça pof direct ça va dans le dossier parce que si je suis encore obligé de le scanné parce que je l'ai eu en papier, oh laisse tomber.

G9 : Comme pour les spécialistes, un courrier ou un bilan de synthèse qu'on nous adresse (...) plutôt informatique c'est plus pratique (rires).

G10 : Le dernier je l'ai reçu par mail, enfin par Apicrypt.

G11 : Je trouve que c'est vraiment bien fait. J'ai eu plusieurs retours par Apicrypt. Et le fait qu'ils l'envoient par voie officielle, sécurisée, ça permet de l'insérer directement dans le dossier

Un des médecins évoquait un nouvel outil de communication entre professionnels de santé.

G8 : Alors la coordination je sais pas trop quand on aura des outils de partage de données un peu ... Des outils un peu comme Parceo qui vont se mettre en place progressivement peut être que ça pourrait être utiliser...

Utiliser le patient pour transmettre des informations semble difficile.

G6 : Ben soit donner des papiers au patient... mais ça ça me paraît un petit peu fragile comme communication, parce que les patients pensent pas forcément à le ramener au médecin tout ça

G9 : en même temps la plupart du temps les patients oublient de nous les emmener.

Enfin les mails et les courriers ne semblent pas pratiques dans ce contexte (les courriers nécessitent d'être scanner, les mails sont lus mais perdus).

*G4 : Les mails on dit c'est intéressant, on les mets de côté et puis... ils y restent, de côté.
(rires)*

G5 : Je sais pas peut être ben si eux ils envoient le résultat de l'évaluation en courrier, voir... après moi je sais pas, moi je trouve qu'on en entend pas beaucoup beaucoup parler.

- c) Intérêt des retours du dispositif : échanger avec son patient, réalisation d'un entretien motivationnel

L'intérêt des retours du dispositif au médecin est double : prendre connaissance de la progression de son patient dans le dispositif mais surtout permettre un échange avec lui sur l'activité physique. Pour certain, le fait d'avoir dans le dossier le document de Prescri'mouv

semble faciliter l'engagement de la discussion. Ils y voient là l'occasion de remotiver le patient si nécessaire, ou de simplement l'encourager.

G7 : je peux échanger avec le patient. Je veux savoir ce qu'eux ont retenu, de savoir ce qu'ils ont compris, s'ils sont investis, s'ils sont patients ou aussi acteurs tu vois. Et je peux aussi faire des doses de rappels.

G9 : Ce qui serait intéressant c'est que si le patient il revient te voir, c'est qu'il a déjà un prémice de ce que propose l'éducateur et à ce moment-là tu peux discuter avec le patient et lui dire « Ben c'est bien ce qu'il vous a proposer » ou alors le patient à des craintes ou des questions et tu peux appuyer ce que fait l'éducateur.

G10 : Je trouve ça chouette de savoir qu'ils y sont allés, de pouvoir rediscuter avec eux et dire « Ah ben vous y êtes allés, et alors vous, pour l'instant vous trouvez ça comment ? » et de les réencourager du coup... Et de se dire aussi « Ah ben chouette ils m'ont écouté ils y sont allés » et vraiment dans l'encouragement.

G11 : et puis moi quand je revois le patient trois mois après, je peux en parler avec lui, je peux voir un peu comment ça s'est passé, le remotiver s'il a un petit peu perdu confiance.

Un des médecins évoquait même une expérience personnelle où il avait prescrit Prescri'mouv au patient, qu'il n'y était pas allé, mais avait débuté une autre activité. En ce sens, la prescription avait été le moteur d'un début d'activité.

G3 : Donc là dernièrement justement moi je croyais que si voilà, si je fais la prescription bien ils y vont, et bah non. Et je lui ai posé la question « Alors ? », mais il n'y est pas allé mais par contre il a fait autre chose. Et donc il a bougé quand même. Par la prescription. Quelque part oui. (...) Ben au moins on en a parlé. Et donc il s'est dit « ben tiens je vais plutôt faire ci » parce qu'il y avait un truc qui le branchait et donc... hop... il a fait ça. (...) Il était content

il bouge et moi je suis contente aussi. Et c'est quelque chose de régulier, qu'il fait toutes les semaines et puis voilà. Donc pour moi, c'est gagné...

3.3.6.5. Développement sur le territoire

a) Vers plus de proximité pour les entretiens et les activités

En milieu rural, la proximité semble être une condition principale pour une adhésion des patients. En effet, la distance en elle-même est un frein mais nombreux sont les patients qui n'ont pas de moyens de transports. Malheureusement, très peu de villages sont bien desservis par les transports en communs, les patients se retrouvent sans alternative.

La proximité apparaît même être un argument pour inciter son patient.

G1 : plus de proximité quoi, éventuellement même des rendez-vous initiaux à Ferrette quoi...

Nous on peut prêter une salle je pense mais... mais ouais pour que les gens... ce serait plus simple de leur dire bah c'est là, voilà.

G2 : peut être dans le panel qu'on propose aux patients, une variété de proposition qui puisse être, euh vraiment du local parfois. (...) moi je verrai bien même avec les associations ou les mairies qui peuvent proposer des choses localement.

G8 : la seule chose qu'ils ont pas encore suffisamment de partenaires pour continuer dans... Dans les prises en charge... De club de sport euh. (...) il y a eu beaucoup d'effort de fait dans les deux vallées ici c'est maintenant accessible, y'a peut-être encore dans le fond de la vallée de Saint Amarin où il faudrait quelque chose au milieu.

G10 : Que ce soit dans le quotidien des gens, dans le sens que ce qui marche, c'est ce qui est accessible. En termes d'horaires, d'avoir des choses dans des clubs locaux, tu peux y aller à

19heures. (...) Il faut pas que ça soit que Altkirch, Mulhouse, mais que ça se développe... Il faut que ce soit proche et qu'il y ait pas nécessairement besoin de gros déplacements.

G11 : Parce que tu l'envois quand même au dispositif mais que tu puisses lui dire avec une liste actualisée que « Par la suite vous pourrez faire ceci ici, cela là-bas ». Parce qu'eux ils ont en tête qu'ils vont aller pédaler sur un vélo à l'hôpital d'Altkirch alors que c'est pas ce qu'il va se passer en vrai.

b) S'appuyer sur les associations locales et les pôles de santé

En ce sens, deux médecins proposaient de s'appuyer sur les structures déjà en place localement type associations sportives ou pôles de santé, pour étayer davantage l'offre actuelle.

G8 : Pour moi la solution idéale ce serait qu'il y ait des actions comme ça dans les regroupements, au sein de... dans les maisons de santé, dans les pôles santé.

G10 : Enfin tout n'est pas lié à Prescri'mouv, mais à Carspach au basket ils ont du Basket santé donc...

3.3.6.6. Population cible

Le questionnement des médecins généralistes sur l'élargissement possible des critères d'inclusions à fait surgir plusieurs propositions.

a) Du surpoids à l'obésité morbide, sans limite d'IMC

L'obésité avec un IMC entre 30 et 40 leur semblait trop restrictif. En effet, il leur paraissait logique d'inclure les patients déjà en surpoids (pour éviter le passage vers l'obésité avec les complications que cela engendre) et les patients avec un IMC supérieur à 40.

G1 : ben peut être les IMC un peu plus bas... j'ai des patients ils ont 28 et je leur dis ouais vous ne pouvez pas y aller alors que en vrai ils sont motivés, ils attendent que ça...enfin. je trouve ça dommage que quelqu'un qui a 28 qui dit « je serais motiv' pour faire du sport ou d'avoir une activité » mais qui n'a pas soit les moyens soit la motivation soit voilà... vous leur dites « c'est bête il faut que vous soyez un tout petit peu plus gros et vous pourriez y aller » (rires) J'ai adressé un patient qui avait un IMC à plus de 40... du coup il est pas éligible. Du coup... (rire) ça pose problèmes. J'ai dit « comment ça ». Il m'a dit « ben moi j'ai plus de 40 ».

G10 : Ben je sais pas après cette histoire d'IMC ça commence vraiment à 30 ? Moi je trouve que dès 25 ce serait chouette. je sais pas la femme plutôt jeune, qui est un peu limite et qui veut des enfants ben c'est peut-être le moment. Enfin des choses comme ça où on a un vrai impact. C'est la même problématique Réseau, c'est pas une fois que le problème est déjà là qu'il faut s'y atteler. Et des fois ben les gens ils ont 29 d'IMC, sauf que c'est déjà un souci mais qu'ils ont pas encore de problèmes pour bouger parce que c'est pas la cata mais peut-être c'est le moment de le faire avant qu'il soit à 35 et que t'arrives plus à les bouger parce que c'est déjà trop tard (rires). Alors que le but c'est que les gens ne deviennent pas obèses.

b) Les troubles psychiatriques : favoriser le lien social

Les pathologies psychiatriques ont également été suggérées. Ceci permettant notamment de maintenant un lien social extérieur.

G3 : Les syndromes anxieux, complètement, ça luttera en plus contre leur isolement (...) effectivement pour les dépressifs et les anxieux je pense que vraiment l'activité physique d'endurance euh...et de plein air plutôt.

G8 : ce qui manque dans Prescri'mouv c'est tout le côté psy, c'est à dire les patients qui ont des pathologies psychiatriques ne serait-ce que les déprimés anxieux qui mériteraient qu'on les mette aussi en activité.

c) Les enfants et adolescents : pratiquer l'activité physique pour la faire perdurer

A l'heure où les jeunes sont de plus en plus sédentaires, et où les pathologies chroniques surviennent de plus en plus tôt, se pose la question de l'inclusion des enfants et adolescent. La découverte de l'activité sportive et l'accompagnement offert par le dispositif pourrait permettre de faire perdurer cette activité.

G3 : c'est vrai que le problème se pose aussi pour les plus jeunes quoi.

G9 : Les jeunes, les adolescents mais s'ils sont en obésité je crois que ça passe quand même ou c'est que pour les adultes ? Après même hormis l'obésité il y a pas mal d'enfant qui ne font pas d'activité physique en règle générale. C'est un peu comme... ça pourrait leur permettre de prendre le goût au sport via la découverte d'activité sportive quoi, qu'ils n'ont pas forcément au collège ou au lycée, et que Prescri'mouv leur présente des activités physiques qu'ils puissent après éventuellement faire en club.

d) Les personnes âgées : lutter contre l'isolement, réadaptation à l'effort et prévention des chutes

La population étant de plus en plus vieillissante, et notamment dans les milieux ruraux où ils sont souvent isolés, l'activité physique pourrait être génératrice de lien sociaux. Le but étant

souvent un maintien à domicile aussi long que possible, la prévention des chutes pourrait être un moyen d'éviter de nombreuses hospitalisations.

G6 : là en l'occurrence moi j'ai beaucoup de patient âgé, donc euh... peut être que je peux leur en proposer aussi, mais, enfin, je peux leur proposer le Prescri'mouv quoi mais... Ca leur fera voir du monde..

G7 : moi honnêtement mon rêve, parce que les kinés ne le font pas du tout, c'est envoyé les petits vieux pour une réadaptation à l'effort, aux mouvements déjà. On peut déjà leur apprendre... J'avais même un patient qui était prêt, qui avait fait du judo à haut niveau et que j'avais envoyé, je sais pas s'il vous avait contacté aussi, pour faire des activités physiques pour les personnes âgées pour leur apprendre à tomber, comment s'en sortir quand on est allongé, quand tu tombais, comment se relever aussi.

e) Les pathologies chroniques en général

Le but étant d'améliorer l'état de santé par l'activité physique, il ne paraît pas déraisonnable que l'ensemble des patients porteurs d'une pathologie chronique soient inclus dans le dispositif.

G8 : Les maladies chroniques ça me paraît cohérent avec les recommandations et encore y'a des pathologies neurologiques qui ne sont pas dedans non plus hein....

G10 : toutes les pathologies chroniques, pas que ... Même où ça a pas de lien, mais juste donner l'opportunité aux gens d'avoir un truc un peu encadré où ils se sentent pas juger parce qu'il y a un souci de santé, parce qu'on est déjà dans la santé. Alors que s'ils vont dans un club lambda ou une salle de sport, finalement le côté pathologie ils s'en foutent.

f) Les femmes enceintes

Un des médecins évoquait l'inclusion des femmes enceintes.

G8 : ce qu'il manque encore dans le dispositif, mais ça c'est aussi parce que je suis impliquée là-dedans, c'est le femmes enceintes

g) En prévention primaire : lutter contre la sédentarité

Un autre s'interrogeait sur l'inclusion de patient d'âge moyen, sans antécédents notables parfois, ayant pour seul « facteur de risque » la sédentarité.

G2 : la population cible pour moi ce serait quand même des personnes plutôt de plus de 60 ans, maintenant finalement à notre époque on se rend compte que même les jeunes ne font plus assez de sport, donc, enfin... (...) Ça pourrait déjà être une prévention primaire chez des personnes qui ne font vraiment pas du tout d'activité, qui ont déjà des soucis de poids ou des métiers très sédentaires, on pourrait essayer de proposer le dispositif qui va aider euh... à modifier des habitudes.

h) La nécessité de fixer une limite

Enfin, trois des médecins rappelaient que les critères d'inclusion étaient déjà suffisamment larges, et admettaient qu'il était licite de fixer des limites.

G1 Mais après il faut bien mettre une limite je comprends bien,

G6 : ça me paraît déjà compliqué de cibler cette population-là, alors je pense qu'il faut déjà se concentrer sur eux et vraiment si après ça rentre dans les habitudes, et qu'on voit que ça fonctionne bien, là passer peut-être à d'autre patient mais pas avant.

G11 : C'est déjà bien, bien large

3.3.6.7. Devenir du patient après la prise en charge : assurer la pérennité de l'activité

Pour obtenir une amélioration de la santé, l'activité physique doit être régulière et pérenne. Dans ce sens, les médecins s'interrogent sur le devenir du patient après leur prise en charge dans le dispositif. Ils souhaiteraient que lors de leur parcours, on prépare « l'après » Prescri'mouv.

Ils suggèrent qu'on leur propose quelque chose à l'issue de leur parcours, soit en groupe, soit par le relai dans des associations locales, soit par la mise en relation de patients du même secteur.

G2 : oui surtout axé sur, voilà, comment les aider à maintenir une activité adaptée physique après la prise en charge.

G3 : simplement j'aimerais que ça change ... que ça change la mentalité de la personne. Que ça soit pas juste une prescription qui s'arrête à la prescription ou « mon médecin m'a dit que ». J'aimerais que dans la tête... Et ça j'ai l'impression qu'ils ont du mal, même quand on prescrit, voilà, il se dit « voilà je suis pris en charge machin... » mais dans la tête une fois que la prescription est terminée que le cursus est terminé... (...) Dès qu'elles ont fini leur truc «blop» il se passe plus rien. (...) il faut qu'il y ait une sorte de bénéfice, une sorte de plaisir

euh... et en fait c'est cette notion de plaisir qu'il faut qu'on arrive à introduire dans l'activité physique. Et je pense que si y'a pas le plaisir il y aura pas la durée

G3 : je pense que c'est le relationnel qui fera la pérennité. (...) En groupe ! Même continuer après en groupe de marche... Euh tu vois essayer de fédérer ou de dire « Ah tiens Mme machin elle vient de Bendorf, et vous vous venez de Winkel, ben vous aimez toutes les deux marcher, et c'est un super joli coin » Hop. Faut essayer de créer l'après. Et tu vois pensez à l'après (...) de leur donner des petites clefs pour la poursuite du... processus

G8 : De leur permettre soit eux même d'aller faire quelque chose dans la continuité de maintenir une activité, soit d'aller dans un... dans une association, dans un club ou de faire un sport en groupe

3.3.6.8. Acteurs du dispositif

a) Une diététicienne

Pour deux médecins, la présence d'une diététicienne au sein du dispositif serait souhaitable, dans le but d'une prise en charge globale.

G1 : je pense que ça serait bien d'avoir des diététiciennes... euh... détachées

G7 : S'il pouvait y avoir une diététicienne en parallèle aussi tu vois, qui fait une prise en charge plus globale ça pourrait être pas mal. C'est une prise en charge globale qu'il faut, et c'est ça que j'attends parce que moi j'ai pas le temps pour ça.

b) Un entretien psychologique si besoin

On évoquait aussi la possibilité d'un suivi psychologique ou de soutien, dans le but de remotiver le patient si besoin.

G7 : J'ai besoin de botter en touche chez vous, là-bas, quelqu'un qui prendra le temps de parler, en même temps de la diét', de l'activité physique, qui la prend par la main, qui la met sur un tapis et qui l'a fait marcher tu vois. Un compagnonnage, une psychothérapie si besoin parce que c'est des gens qui ont besoin d'encadrement, il faut les motiver.

G8 : Il y aurait parfois besoin d'un accompagnement psychologique pour motiver ou d'entretien motivationnel si on avait plus de temps. Pour arriver à ce qu'ils se motivent.

c) Des transports ?

Enfin devant des freins liés à des difficultés d'être véhiculer, se pose également la question d'une prescription et d'une prise en charge financière d'un transport

*G7 : Peut-être une ambulance mais déjà on a du mal à être remboursé pour de la cancéro...
Mais peut être les personnes âgées si je pouvais les envoyer en ambulance je le ferais.*

4. DISCUSSION

4.1. Limites de l'étude

Du fait d'entretiens semi-directifs, on ne peut exclure un biais méthodologique lié à la formulation des questions. Il se peut que selon la manière de poser les questions, les réponses aient été dirigées. Ceci a pu être minimisé grâce à l'utilisation d'un guide d'entretien identique pour chaque interlocuteur.

On peut également avancer un biais de recrutement. En effet, on peut imaginer que les médecins ayant accepté de répondre favorablement à ma demande d'interview, étaient plus intéressés ou avaient davantage de connaissances sur le sujet que les non répondants.

Concernant le biais de sélection, nous avons essayé de l'atténuer en prenant soin d'interroger des médecins aux caractéristiques diverses et variées, notamment au niveau de l'âge, de la durée d'installation et du milieu d'exercice.

Concernant l'analyse des résultats, il n'y pas eu relecture ni de validation extérieure. Il n'y a pas eu de triangulation des données ni de contrôle du codage.

Un échantillon de onze médecins peut paraître peu représentatif. Toutefois, le recueil des données a pu s'arrêter après ces onze entretiens devant le constat de l'absence de nouvelles informations à l'analyse des deux derniers entretiens. Ceci correspond à l'obtention de la suffisance des données. De ce fait, les données obtenues nous semblent tout de même pouvoir être considérées comme significatives et pertinentes.

4.2. Forces de l'étude

Cette étude se voulait locale et rurale, afin de ne pas méconnaître des freins différents de ceux retrouver en ville. En effet, le parallèle avec la thèse de C. Klethi sur le dispositif Sport Santé de la ville de Strasbourg permet de comparer deux systèmes identiques sur le papier, qui pourtant sont de mise en œuvre différente sur le terrain.

L'étude qualitative, a permis de faire ressortir les sentiments de chacun, d'avoir une opinion libre et franche. Ceci a notamment été facilité par la connaissance que j'avais de certains médecins. Il est d'ailleurs à noter que certains praticiens interrogés m'avaient initialement refusé l'entretien pensant qu'ils ne connaissaient pas suffisamment le dispositif pour en parler. C'est pourtant ces entretiens qui ont été très instructifs.

Une étude quantitative n'aurait pas permis de faire des propositions d'amélioration du dispositif.

Le fait que ces entretiens soient faits en présentiel a également été très intéressant. Cela a permis d'approfondir les réponses données et de rebondir plus facilement lorsqu'elles étaient hésitantes. De plus, ces rendez-vous m'ont permis de présenter le dispositif ou ses évolutions aux médecins demandeurs. Ceci n'avait pas été le cas pour l'évaluation par l'organisme KPMG, ils n'avaient eu que très peu de médecins répondants (contact par mail, entretien téléphonique).

Ce travail de thèse s'intègre dans une dynamique d'axer ou de mettre un accent sur la médecine préventive. Pour cela, il est important d'informer nos patients. A l'heure où l'on parle de délégation de tâches, il est important de s'appuyer sur des dispositifs déjà existants tel que celui-ci.

Enfin, le guide d'entretien de ce travail a pu être ajusté par des rencontres avec l'éducateur médico-sportif référent du dispositif au niveau local, dans les bureaux mulhousiens de Prescri'mouv. Le but étant d'avoir une corrélation entre mon questionnement sur le dispositif et leurs attentes concernant les médecins du territoire.

4.3. Les principaux résultats

4.3.1. La prévention par l'activité physique en médecine générale

L'activité physique est un sujet facilement et souvent abordé lors des consultations de médecine générale. Il l'est d'autant plus en prévention secondaire, chez des patients à haut risque cardio-vasculaire. Il est primordial d'informer les patients quant aux bienfaits de l'activité physique sur la santé, et d'insister sur la notion de régularité. Il faut éclairer la population sur la distinction activité physique et sport. En ce sens, il paraît pertinent de s'intéresser à la profession des patients pour évaluer la sédentarité qui peut éventuellement en découler.

Par la prescription de l'activité, on y voit là l'occasion de faire des rappels sur toutes ces notions, mais surtout d'encadrer et d'accompagner les patients à une reprise de l'activité. Cela apparaît comme un outil d'aide à la motivation du patient, qui lui fait souvent défaut. Le but est de déconstruire les à priori du patient tels que « Je ne peux pas », « Je n'ai pas le temps », mais aussi parfois de lever la peur des préjugés quant à leur adhésion à un club de sport. De plus, la prescription participe vraiment à renforcer l'aspect thérapeutique, bien au-delà d'une simple recommandation. Le caractère collectif de l'activité physique, peut-être une vraie occasion de favoriser le lien social.

Cependant, les médecins déplorent le manque de temps qu'ils peuvent accorder à cet aspect de prévention dans leur pratique, du fait de demandes multiples de la part des patients et de consultations de plus en plus complexes. C'est pourquoi il semble intéressant à l'heure où l'on parle de délégation de tâches au profit d'un gain de temps médical, de proposer aux infirmières type ASALEE ou IPA de prendre part à cette prévention.

4.3.2. Méconnaissance importante du dispositif des médecins : comment y remédier ?

Tous les médecins rencontrés reconnaissent volontiers les bénéfices de l'activité physique sur la santé, pour autant très peu sont prescripteurs. Le principal frein évoqué à la prescription est leur méconnaissance du dispositif. Alors même que l'objectif de mettre en activité les patients, de manière adaptée et encadrée est clair pour tous, les critères d'inclusion et les modalités de prise en charge restent beaucoup plus flous. La plupart des praticiens pensent que le dispositif est réservé aux patients porteurs de pathologies cardiovasculaires, très peu ont évoqué les pathologies cancéreuses, aucun n'a parlé de la bronchite chronique obstructive. A contrario, un des médecins pense que la prescription est ouverte à n'importe quel patient en affection de longue durée.

Ils précisent qu'il est difficile de proposer un dispositif au patient alors qu'eux même ne sont pas renseignés sur le sujet. En ce sens, une formation des médecins à cette prescription semble souhaitable mais pour autant, difficile à mettre en œuvre au vu du contexte (manque de temps, faible taux de participation aux réunions d'informations). Pour autant, quand une formation est souhaitée, la voie directe via un contact téléphonique ou une rencontre présentielle est à privilégier. Une présentation rapide et succincte des différents parcours ainsi qu'un rappel sur la prise en charge financière paraît indispensable. Enfin, les médecins souhaiteraient des

rappels réguliers quant aux différentes évolutions et des supports papiers comme récapitulatifs.

Devant cette méconnaissance des prescripteurs, il paraît intéressant d'informer également les patients sur le dispositif, afin qu'eux puissent introduire la discussion avec le médecin. Ceci pourrait se faire via des affiches en salle d'attente, au travers des différents « nouveaux » canaux de communication (type réseau sociaux) ou encore par des journées portes ouvertes au dispositif. De cette façon, on donne au patient l'occasion d'être actif dans sa prise en charge. Cette information doit cependant être ciblée : il ne faudrait pas que certains patients pensent pouvoir en bénéficier, à tort. De même, il ne faut pas que les intéressés soient attirés par une idéale « gratuité », et qu'ils abandonnent juste parce ce que n'est pas le cas, comme le souligne un des médecins.

Enfin les médecins évoquent le fait que de multiples structures ou dispositifs existent déjà, et qu'il est parfois difficile de savoir duquel relève leur patient. Le développement des Maisons Sport Santé sur l'ensemble du territoire français depuis 2019 est une réponse à cette problématique. En effet pour toute question concernant l'activité physique ou le sport, le médecin peut adresser son patient à cette structure. Elle centralise l'ensemble de l'offre proposée sur le territoire, et va permettre au patient de trouver la solution la plus adaptée à ses besoins.

Il est clair que la période du COVID n'a pas permis un développement optimal du dispositif (l'ensemble des structures du parcours 2 étaient fermées durant le confinement, pas de rendez-vous au dispositif, pas de formations pour les médecins). Cependant, dans sa thèse sur le dispositif strasbourgeois en 2018, Camille Klethi avançait déjà ce manque de connaissance comme étant responsable d'un faible nombre de prescription.

4.3.3. Difficultés liées à la ruralité

Malheureusement, l'offre reste encore inégale sur le territoire avec notamment un clivage entre zone urbaine et rurale. Il n'existe pour l'heure que peu de structures participantes au dispositif en zone rurale. Ceci s'explique en partie par leur moins grand nombre à la campagne.

Par ailleurs, outre l'offre plus restreinte, c'est l'accès qui y est difficile. Accès géographique d'une part, car bien souvent les patients doivent avoir un moyen de transport personnel pour s'y rendre (zones peu desservies par les transports en commun, peu d'aménagements type pistes cyclables en comparaison à la ville). Mais accès financier d'autre part, car là où les citoyens se voient prendre en charge la totalité de leur adhésion par la collectivité (exemple mulhousien), il reste à charge une partie financière non négligeable pour les ruraux.

D'ailleurs, Camille Klethi soulignait l'importance et le caractère incitateur de la gratuité à Strasbourg.

C'est donc un triple challenge que de développer le dispositif en milieu rural devant une offre moins large, un éloignement géographique plus important et une dépense plus importante pour le patient. Afin d'améliorer l'égalité de l'accès au dispositif, il est important de jouer sur ces trois points. Pour le premier, cela pourrait se faire par l'adhésion d'associations de villages, préexistantes, et qui doivent être démarchées ou averties de leur possibilité de participer au dispositif. Ceci a été également suggéré par l'audit externe par KPMG.

Concernant les contacts avec Prescri'mouv, il faut poursuivre le déploiement sur le secteur avec la délocalisation des entretiens dans les antennes proches telles que celles d'Altkirch, de Thann et Waldighofen voir aller plus loin, en proposant les premières séances du parcours 3 dans des locaux mis à disposition ponctuellement par les collectivités ou les maisons de santé

pluridisciplinaires. Pour ce qui est des difficultés liées à l'éloignement géographique, se pose la question d'une prise en charge des transports par la Sécurité Sociale via la prescription d'un véhicule sanitaire léger, ou en partie par les collectivités. Enfin il paraît indispensable de revoir le financement en zone rurale, pour limiter cette inégalité ville/campagne. D'autant plus qu'en zone rurale, les patients sont souvent très isolés, plutôt âgés et fragiles. Pour ce qui est de l'adhésion à des associations ou club de sport, le CROS (Comité Régional Olympique et Sportif) apportera un soutien financier supplémentaire par l'attribution d'une subvention à chaque participant.

4.3.4. Freins à la prescription et pistes d'amélioration

4.3.4.1. Manque de motivation du patient

La motivation du patient semble améliorée par l'inclusion dans le dispositif. Ceci s'explique par l'entretien motivationnel réalisé lors des entretiens préalables, mais aussi par le caractère encadrée et adaptée de l'activité proposée. Les activités de groupes permettraient d'entretenir cette motivation voir de la pérenniser via le lien social qu'elles favorisent. Pour beaucoup de médecins, il semble plus facile d'adresser un patient à un confrère ou de lui faire réaliser des examens complémentaires que de le convaincre de pratiquer une activité physique régulière. Toujours dans la volonté de pérenniser l'activité, il semble primordial pendant la prise en charge dans le dispositif de préparer « l'après ». Cela pourrait se faire par la mise en contact de patients du même secteur, ou de proposer à l'issue de l'année de prise en charge un renouvellement de l'adhésion dans les structures.

4.3.4.2. Une consultation unique

Les médecins aimeraient pouvoir réaliser la prescription et le certificat médical de non-contre-indication lors de la même consultation. Le fait que les patients doivent revenir pour le certificat médical ultérieurement semble inopportun. Ceci permettrait un gain de temps des deux parties : le patient ne nécessite pas de reconsulter uniquement pour le certificat alors même que les délais de rendez-vous sont souvent longs, le médecin limite le risque de perdu de vue lié à une trop longue attente avant le début de prise en charge conditionnée par ce certificat.

Idéalement, la prescription et le certificat se feraient sur un document type ordonnancier fourni par Prescri'mouv, détachable, à remettre au patient. Les médecins expliquent que de devoir rechercher le formulaire sur un site internet ou dans les différents mails reçus seraient une perte de temps et source de démotivation pour eux.

4.3.4.3. Critères d'inclusion

Il paraît important d'élargir les critères d'inclusion pour sensibiliser le plus grand nombre de patients aux bénéfices de l'activité physique au quotidien. Parmi eux, on peut évoquer les femmes enceintes (comme c'est déjà le cas à Strasbourg), les personnes âgées surtout pour prévenir les risques de chutes et diminuer le risque de morbi-mortalité qui en découle (suggéré également à l'issue de l'évaluation par KPMG). Plus largement, il paraissait cohérent, comme cela a été fait récemment, d'inclure tous les patients en situation d'ALD. Il serait intéressant d'inclure les patients dès le surpoids d'autant plus qu'ils sont jeunes, pour éviter l'arrivée dans l'obésité et les complications qui en résultent. Enfin, et comme le souligne le rapport de l'INSERM 2019, les patients suivis pour un syndrome anxiodépressif

devraient pouvoir bénéficier eux aussi du dispositif comme le suggéraient de nombreux praticiens.

Cependant, même si de nombreux patients devraient pouvoir bénéficier d'une prescription, il est important de poser des limites, car si tout le monde pouvait s'inscrire, les délais de prise en charge se verraient très rallongés au détriment de certains patients qui devraient être prioritaires.

4.3.4.4. Coordination dispositif / médecins

Dans le but d'améliorer le dispositif, il est important de recueillir les besoins et les attentes de chaque partie. Concernant les médecins, il leur paraît important d'être mis au courant lorsque leurs patients sont reçus au dispositif. En effet, certains praticiens expliquaient qu'ils avaient déjà prescrit, sans savoir si le patient y avait été ou non. En ce sens, recevoir un courrier à l'adhésion du patient semblait pertinent, déjà pour savoir que le patient avait été au dispositif mais aussi pour pouvoir favoriser le dialogue sur l'activité physique quand le patient serait amené à reconsulter. Pour aller plus loin, connaître l'évolution du patient dans son parcours serait un vrai plus. On pourrait imaginer que le médecin prescripteur soit destinataire des résultats aux différents tests réalisés au cours du premier entretien, ainsi que sa progression lors de son cursus. La voie la plus simple et proposée par tous semble être la messagerie cryptée Apicrypt. Celle-ci permettant une inclusion du document directement et rapidement dans le dossier du patient contrairement à un courrier papier ou un mail.

Il semblerait intéressant de poursuivre cette démarche en rappelant les patients à six mois ou un an après la fin de leur cursus, pour savoir s'ils ont poursuivi l'activité proposée.

Enfin les médecins attendent une communication régulière par le dispositif sur ses évolutions, incluant des rappels des règles de prescription et de population cible.

Idéalement, il serait intéressant que chaque médecin possède une liste mise à jour des intervenants sur son secteur et des structures participantes, lui permettant à la prescription de donner des exemples de l'offre au patient.

4.3.4.5. Nouveaux acteurs

Pour le moment, le dispositif Prescri'mouv a pour vocation de ne promouvoir que l'activité physique. Or pour beaucoup de médecins, une prise en charge diététique semble indispensable et complémentaire dans le but d'une amélioration de l'état global de la santé. Peut-être serait-il intéressant de proposer un suivi diététique si le patient le souhaite, au décours des entretiens par exemple.

En ce qui concerne les prescripteurs, il paraît pertinent que les kinésithérapeutes puissent initier ou renouveler la prescription d'activité physique. Cela a été récemment rendu possible par le décret de mars 2022. Se pose la même question pour la prescription par les sages femmes pour les femmes enceintes.

Mais encore une fois, il est dangereux d'étendre excessivement le droit de prescription du fait du risque de perte d'information qu'il peut engendrer.

4.4. Perspectives

Ce travail est venu s'intégrer et compléter l'étude menée par KMPG, mandaté par l'ARS. En effet peu de médecins ont été répondeurs contrairement aux patients et aux autres professionnels de santé intervenants dans le dispositif. Ceci reflète là encore leur manque de temps qu'ils déplorent bien souvent. La démographie médicale a tendance à baisser en ville comme à la campagne, la population vieillit, l'incidence des pathologies chroniques

augmente, il est donc indispensable de mettre la prévention en avant. Mais les consultations médicales sont de plus en plus complexes et la prévention se retrouve alors laissée pour compte la plupart du temps. En ce sens, la délégation de tâches dans ce champ d'action devient presque essentielle et inéluctable. L'objectif serait d'avoir des intervenants type IPA ou infirmières ASALEE, au sein des cabinets médicaux ou des maisons de santé, bénéficiant d'une formation adaptée. Ces professionnels de santé, en coordination avec les médecins et en accord avec les patients, pourraient prendre en charge cet aspect de la santé. On parle ici d'activité physique, mais plus largement on peut parler de prévention de manière générale (vérification des vaccins, frottis, mammographie...). L'intérêt ici est double : gain de temps médical pour le médecin, mais aussi meilleur accompagnement dans sa santé pour le patient. Intégrer l'intervenant en prévention dans les locaux du médecin semble indispensable. En effet, tout peut être notifié dans le dossier du patient et cela représente là encore, un gain de temps pour le médecin.

Dans le domaine du transfert de compétences, on peut imaginer la primo-prescription de l'activité physique par ces mêmes intervenants, mais aussi par les kinésithérapeutes en relais de leur prise en charge de rééducation ou par les sages femmes pour les femmes enceintes. Enfin, il n'est pas rare que les infirmières à domicile nous alertent pour nos patients âgés qui chutent ou qui sont en perte d'autonomie. Elles devraient d'elle-même pouvoir adresser ces patients dans des programmes d'éducation thérapeutique de prévention des chutes.

Le champ d'action de délégations de tâches entre professionnels de santé est vaste et nécessaire pour l'avenir de la santé, mais pour le bien-être de tous, cela doit se faire de manière coordonnée et structurée.

5. CONCLUSION

Depuis plusieurs décennies, on observe une évolution majeure des modes de vies avec une baisse considérable de l'activité physique quotidienne, laissant place à des comportements de plus en plus sédentaires. C'est d'autant plus vrai chez les enfants et jeunes adultes, ceci étant expliqués en partie par l'essor des écrans et l'avènement des nouveaux canaux de communication type réseaux sociaux. Aujourd'hui, alors que les bienfaits de l'activité physique sur la santé physique et mentale, et les conséquences néfastes de la sédentarité sont scientifiquement reconnus, on note pourtant une augmentation croissante des pathologies chroniques. Aux vues des enjeux sociaux, économiques et financiers qu'ils impliquent, il paraît indispensable d'entreprendre des actions de santé publique pour en limiter les frais. C'est dans ce sens que la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité sont devenus des lignes directrices des Ministères de la Santé et des Sport ces dernières années.

Il paraissait important d'apporter un cadre légal au décret d'application de 2016, permettant la prescription de l'activité physique adaptée aux patients par les médecins, pour homogénéiser les pratiques sur l'ensemble du territoire national.

Le dispositif Prescri'mouv, créé pour les patients, se doit d'apporter une égalité d'offre et d'accès à l'ensemble de la population française. La porte d'entrée se faisant par les médecins, il paraît indispensable de les informer et de les former à cette prescription.

Le but de cette étude était d'évaluer la connaissance des médecins généralistes sur le dispositif Prescri'mouv, d'en évaluer les freins, et de comprendre leurs attentes dans la volonté d'améliorer le dispositif.

Pour tous, la prévention par l'activité physique a sa place en médecine générale. L'existence d'un tel dispositif s'avère être un bon outil pour les médecins, permettant un accompagnement du patient dans une pratique adaptée et encadrée. Cela permettait également d'améliorer

l'adhésion du patient, surtout par le caractère collectif des activités. Par ailleurs, ce dispositif a permis de lever des préjugés sur l'activité physique et le sport, pour certains patients réticents à aller en club.

Mais le manque de temps en consultation est souvent responsable d'un oubli ou d'un manque de prescription, et ne permettait pas au praticien de réaliser une vraie consultation de prévention avec la réalisation d'un entretien motivationnel.

Les entretiens réalisés auprès des médecins ont surtout rapporté une méconnaissance du système, alors même qu'il existe depuis plusieurs années. C'était d'ailleurs le frein majeur à la prescription. Ils soulignaient l'importance d'une meilleure communication et surtout d'une coordination régulière médecin / dispositif, toujours dans le but d'améliorer la démarche.

Les médecins ont cependant souligné une inégalité importante entre déploiement en zone urbaine et rurale : moins d'offres, un éloignement géographique qui nécessite des transports personnels pas toujours possibles, et un reste à charge financier parfois important à la campagne. Cette question de financement semble indispensable à résoudre pour un développement optimal du réseau à l'échelle locale et nationale.

Enfin, à l'heure des délégations de tâches aux autres professionnels de santé, la place du kinésithérapeute ou des infirmiers-ières apparaît grandissante dans ce domaine qu'est la prévention. On peut imaginer mettre en place des consultations de prévention centrée sur l'activité physique et ses bienfaits, dispensés par des infirmiers ASALEE ou IPA, dans les locaux du dispositif ou pourquoi pas au sein même des cabinets de médecine générale. Plus largement, on peut prétendre réaliser ces consultations dans le cadre de programme d'éducation thérapeutique comme il en existe déjà. Le but serait double : libérer du temps médical au médecin, mais surtout informer et éduquer le patient à sa santé.

Cependant, le médecin généraliste reste au cœur de la prise en charge coordonnée du patient, il semble pertinent de s'appuyer sur son expérience et sur les retours que lui font les patients, pour développer et enrichir ces actions de santé publique.

VU

Strasbourg, le.14/04/23

Le président du jury de thèse

Professeur.Nathalie Jeandidier.

VU et approuvé
Strasbourg, le. 15 MAI 2023
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Médecine et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



N. Jeandidier

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Toussaint JF. Retrouver sa liberté de mouvement. 2008 oct.
2. Verdot C, Salanave, B, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014- 2016 et évolution depuis 2006-2007. 20 déc 2019;9.
3. Paita M, Riviere S, Tala S, Fagot-Campagna A. Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005 [Internet]. 2016 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2016-06_beneficiaires-ald-2014-evolutions-depuis-2005_points-de-repere-46_assurance-maladie.pdf
4. Rapport mondial de situation sur l'activité physique 2022: résumé d'orientation [Internet]. [cité 1 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240060449>
5. Ministère de la Transition Ecologique. L'intégration des bénéfices de santé liés à l'activité physique dans la conception des projets d'aménagement. 2022.
6. Activité physique [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2020 [cité 24 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
7. HAS. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. 2022.
8. World Confederation for Physical Therapy. Comment mesurer l'activité physique [Internet]. 2020 [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: https://world.physio/sites/default/files/2020-05/MeasuringPhysicalActivity_infographic_A4_FINAL_French.pdf
9. Elsevier. Activité physique et diabète de type 2 [Internet]. Elsevier Connect. [cité 1

févr 2023]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine-generale/activite-physique-et-diabete-de-type-2>

10. ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement et travail). Actualisation des repères du PNNS- Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. 2016.
11. The top 10 causes of death [Internet]. 2020 [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
12. Nystoriak MA, Bhatnagar A. Cardiovascular Effects and Benefits of Exercise. *Front Cardiovasc Med.* 2018;5:135.
13. Thompson PD, Buchner D, Pina IL, Balady GJ, Williams MA, Marcus BH, et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation.* 24 juin 2003;107(24):3109-16.
14. Hambrecht R, Adams V, Erbs S, Linke A, Kränkel N, Shu Y, et al. Regular physical activity improves endothelial function in patients with coronary artery disease by increasing phosphorylation of endothelial nitric oxide synthase. *Circulation.* 1 juill 2003;107(25):3152-8.
15. Fagard RH. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Med Sci Sports Exerc.* juin 2001;33(6):S484.
16. Pescatello LS, Buchner DM, Jakicic JM, Powell KE, Kraus WE, Bloodgood B, et al. Physical Activity to Prevent and Treat Hypertension: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc.* juin 2019;51(6):1314-23.
17. Pellegrin M. Exercice physique et artériopathie oblitérante des membres inférieurs. *Rev Med Suisse* [Internet]. 2010 [cité 1 déc 2022]; Disponible sur:

<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-235/exercice-physique-et-arteriopathie-oblitterante-des-membres-inferieurs>

18. Lane R, Harwood A, Watson L, Leng G. L'exercice physique pour le traitement de la claudication intermittente. 2017 [cité 1 déc 2022]; Disponible sur:
https://www.cochrane.org/fr/CD000990/PVD_lexercice-physique-pour-le-traitement-de-la-claudication-intermittente
19. Howard VJ, McDonnell MN. Physical Activity in Primary Stroke Prevention. *Stroke*. juin 2015;46(6):1735-9.
20. Saunders DH, Sanderson M, Hayes S, Johnson L, Kramer S, Carter DD, et al. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 mars 2020;2020(3):CD003316.
21. Morris JH, MacGillivray S, Mcfarlane S. Interventions to Promote Long-Term Participation in Physical Activity After Stroke: A Systematic Review of the Literature. *Arch Phys Med Rehabil*. 1 mai 2014;95(5):956-67.
22. Miko HC, Zillmann N, Ring-Dimitriou S, Dorner TE, Titze S, Bauer R. [Effects of Physical Activity on Health]. *Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Offentlichen Gesundheitsdienstes Ger*. sept 2020;82(S 03):S184-95.
23. Wen CP, Wai JPM, Tsai MK, Yang YC, Cheng TYD, Lee MC, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet*. 1 oct 2011;378(9798):1244-53.
24. O'Keefe JH, Patil HR, Lavie CJ, Magalski A, Vogel RA, McCullough PA. Potential Adverse Cardiovascular Effects From Excessive Endurance Exercise. *Mayo Clin Proc*. juin 2012;87(6):587-95.
25. Yerramalla MS, Fayosse A, Dugravot A, Tabak AG, Kivimäki M, Singh-Manoux A, et al. Association of moderate and vigorous physical activity with incidence of type 2 diabetes

and subsequent mortality: 27 year follow-up of the Whitehall II study. *Diabetologia*. 2020;63(3):537-48.

26. Zhu X, Zhao L, Chen J, Lin C, Lv F, Hu S, et al. The Effect of Physical Activity on Glycemic Variability in Patients With Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Endocrinol*. 17 nov 2021;12:767152.

27. Lee HS, Lee J. Effects of Exercise Interventions on Weight, Body Mass Index, Lean Body Mass and Accumulated Visceral Fat in Overweight and Obese Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health*. 5 mars 2021;18(5):2635.

28. Mesinovic J, Jansons P, Zengin A, de Courten B, Rodriguez AJ, Daly RM, et al. Exercise attenuates bone mineral density loss during diet-induced weight loss in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *J Sport Health Sci*. sept 2021;10(5):550-9.

29. Swift DL, McGee JE, Earnest CP, Carlisle E, Nygard M, Johannsen NM. The Effects of Exercise and Physical Activity on Weight Loss and Maintenance. *Prog Cardiovasc Dis*. 1 juill 2018;61(2):206-13.

30. Newsom SA, Everett AC, Hinko A, Horowitz JF. A single session of low-intensity exercise is sufficient to enhance insulin sensitivity into the next day in obese adults. *Diabetes Care*. sept 2013;36(9):2516-22.

31. Carson K, Chandratilleke M, Picot J, Brinn M, Estermann A, Smith B. Exercice physique pour l'asthme. 1 oct 2013 [cité 28 nov 2022]; Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD001116/AIRWAYS_exercice-physique-pour-lasthme

32. Xiang X, Huang L, Fang Y, Cai S, Zhang M. Physical activity and chronic obstructive pulmonary disease: a scoping review. *BMC Pulm Med*. 5 août 2022;22(1):301.

33. Garcia-Aymerich J, Lange P, Benet M, Schnohr P, Antó JM. Regular physical activity

reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. *Thorax*. sept 2006;61(9):772-8.

34. Vaes AW, Garcia-Aymerich J, Marott JL, Benet M, Groenen MTJ, Schnohr P, et al. Changes in physical activity and all-cause mortality in COPD. *Eur Respir J*. nov 2014;44(5):1199-209.

35. Esteban C, Arostegui I, Aburto M, Moraza J, Quintana JM, Aizpiri S, et al. Influence of changes in physical activity on frequency of hospitalization in chronic obstructive pulmonary disease. *Respirol Carlton Vic*. avr 2014;19(3):330-8.

36. Chawla H, Bulathsinghala C, Tejada JP, Wakefield D, ZuWallack R. Physical activity as a predictor of thirty-day hospital readmission after a discharge for a clinical exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Am Thorac Soc*. oct 2014;11(8):1203-9.

37. Pillard F. Bénéfices de l'activité physique chez le patient atteint de BPCO. *Rev Mal Respir Actual*. 1 juill 2014;6:230-2.

38. Shu CC, Lee JH, Tsai MK, Su TC, Wen CP. The ability of physical activity in reducing mortality risks and cardiovascular loading and in extending life expectancy in patients with COPD. *Sci Rep*. 4 nov 2021;11(1):21674.

39. Département Prévention Cancer Environnement, Centre Léon Bérard. Activité physique et cancer • Cancer Environnement [Internet]. Cancer Environnement. 2022 [cité 5 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/nutrition-activite-physique/activite-physique-et-cancer/>

40. Moore SC, Lee IM, Weiderpass E, Campbell PT, Sampson JN, Kitahara CM, et al. Leisure-time physical activity and risk of 26 types of cancer in 1.44 million adults. *JAMA Intern Med*. 1 juin 2016;176(6):816-25.

41. OMS. Cancer [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2022 [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

42. Lynch BM, Neilson HK, Friedenreich CM. Physical activity and breast cancer prevention. *Recent Results Cancer Res Fortschritte Krebsforsch Progres Dans Rech Sur Cancer*. 2011;186:13-42.
43. Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 29 janv 2018;2018(1):CD011292.
44. Palesh O, Kamen C, Sharp S, Golden A, Neri E, Spiegel D, et al. Physical Activity and Survival in Women With Advanced Breast Cancer. *Cancer Nurs*. 2018;41(4):E31-8.
45. Zagalaz-Anula N, Mora-Rubio MJ, Obrero-Gaitán E, Del-Pino-Casado R. Recreational physical activity reduces breast cancer recurrence in female survivors of breast cancer: A meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs [Internet]*. 1 août 2022 [cité 2 déc 2022];59. Disponible sur: [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(22\)00070-9/fulltext](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(22)00070-9/fulltext)
46. Biganzoli E, Desmedt C, Demicheli R. Does Physical Activity Have an Impact on Recurrence Dynamics in Early Breast Cancer Patients? *J Clin Med*. 18 févr 2021;10(4):831.
47. Howard RA, Freedman DM, Park Y, Hollenbeck A, Schatzkin A, Leitzmann MF. Physical activity, sedentary behavior, and the risk of colon and rectal cancer in the NIH-AARP Diet and Health Study. *Cancer Causes Control CCC*. nov 2008;19(9):939-53.
48. Wolin KY, Yan Y, Colditz GA, Lee IM. Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 24 févr 2009;100(4):611-6.
49. Schmid D, Leitzmann MF. Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol*. 1 juill 2014;25(7):1293-311.
50. Xie F, You Y, Huang J, Guan C, Chen Z, Fang M, et al. Association between physical activity and digestive-system cancer: An updated systematic review and meta-analysis. *J Sport Health Sci*. 1 janv 2021;10(1):4-13.

51. Morris JS, Bradbury KE, Cross AJ, Gunter MJ, Murphy N. Physical activity, sedentary behaviour and colorectal cancer risk in the UK Biobank. *Br J Cancer*. 20 mars 2018;118(6):920-9.
52. Eyl RE, Xie K, Koch-Gallenkamp L, Brenner H, Arndt V. Quality of life and physical activity in long-term (≥ 5 years post-diagnosis) colorectal cancer survivors - systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 1 juin 2018;16:112.
53. Kenfield SA, Stampfer MJ, Giovannucci E, Chan JM. Physical Activity and Survival After Prostate Cancer Diagnosis in the Health Professionals Follow-Up Study. *J Clin Oncol*. 20 févr 2011;29(6):726-32.
54. Schumacher O, Luo H, Taaffe DR, Galvão DA, Tang C, Chee R, et al. Effects of Exercise During Radiation Therapy on Physical Function and Treatment-Related Side Effects in Men With Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1 nov 2021;111(3):716-31.
55. Bennetsen SL, Feineis CS, Legaard GE, Lyngbæk MPP, Karstoft K, Ried-Larsen M. The Impact of Physical Activity on Glycemic Variability Assessed by Continuous Glucose Monitoring in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *Front Endocrinol*. 31 juill 2020;11:486.
56. Dipietro L, Evenson KR, Bloodgood B, Sprow K, Troiano RP, Piercy KL, et al. Benefits of Physical Activity during Pregnancy and Postpartum: An Umbrella Review. *Med Sci Sports Exerc*. juin 2019;51(6):1292-302.
57. Amirah M, Maria J, Aliff AL, Haidzir M. Home-Based Physical Activity in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Scoping Review - PMC. 31 oct 2021 [cité 1 déc 2022]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8572989/>
58. Ribeiro MM, Andrade A, Nunes I. Physical exercise in pregnancy: benefits, risks and prescription. *J Perinat Med*. 27 janv 2022;50(1):4-17.

59. Chapman SB, Aslan S, Spence JS, DeFina LF, Keebler MW, Didehbani N, et al. Shorter term aerobic exercise improves brain, cognition, and cardiovascular fitness in aging. *Front Aging Neurosci.* 12 nov 2013;5:75.
60. Jia R xia, Liang J hong, Xu Y, Wang Y quan. Effects of physical activity and exercise on the cognitive function of patients with Alzheimer disease: a meta-analysis. *BMC Geriatr.* 2 juill 2019;19:181.
61. Yardley L, Smith H. Prospective Study of the Relationship Between Feared Consequences of Falling and Avoidance of Activity in Community-Living Older People | *The Gerontologist* | Oxford Academic. 1 févr 2022 [cité 2 janv 2023]; Disponible sur: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/42/1/17/641500?login=false>
62. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 31 janv 2019;2019(1):CD012424.
63. Maruya K, Asakawa Y, Ishibashi H, Fujita H, Arai T, Yamaguchi H. Effect of a simple and adherent home exercise program on the physical function of community dwelling adults sixty years of age and older with pre-sarcopenia or sarcopenia. *J Phys Ther Sci.* nov 2016;28(11):3183-8.
64. Ito S, Hashimoto M, Aduma S, Yasumura S. Effectiveness of locomotion training in a home visit preventive care project: one-group pre-intervention versus post-intervention design study. *J Orthop Sci.* 1 nov 2015;20(6):1078-84.
65. Ramsey KA, Rojer AGM, D'Andrea L, Otten RHJ, Heymans MW, Trappenburg MC, et al. The association of objectively measured physical activity and sedentary behavior with skeletal muscle strength and muscle power in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 1 mai 2021;67:101266.
66. Pinheiro MB, Oliveira J, Bauman A, Fairhall N, Kwok W, Sherrington C. Evidence on

physical activity and osteoporosis prevention for people aged 65+ years: a systematic review to inform the WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 26 nov 2020;17:150.

67. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2011 [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees

68. 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.

69. Boiche J, Cerre F, Fervers B, Freyssenet D, GREMY I, Guiraud T, et al. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques · Inserm, La science pour la santé [Internet]. EDP Sciences; 2019 [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques/>

70. ARS Grand Est. Portrait de territoire GHT 12 - Haute Alsace [Internet]. 2016 [cité 19 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/GHT12%20-%20Haute%20Alsace%20-%20Portrait%20QLW%20-%2020161125.pdf>

71. NOTRE MISSION reseau sante sud alsace diabete obesite cardio [Internet]. Réseau de Santé Sudd Alsace. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.sante-sudalsace.org/index.php?IdPage=1457014774>

72. De nouveaux bénéficiaires éligibles au dispositif Prescri'mouv ! | Prescri'mouv [Internet]. Prescri'mouv. 2022 [cité 19 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.Prescri'mouv-grandest.fr/actualites/de-nouveaux-beneficiaires-eligibles-au-dispositif-Prescri'mouv>

73. Prescri'mouv Grand Est. Guide pratique dans le cadre de la labellisation Prescri'mouv

[Internet]. 2021 [cité 8 juin 2022]. Disponible sur: https://www.Prescri'mouv-grandest.fr/sites/default/files/2021-04/1-%20CDC%20label_26.04.21%20VD%20%20Formulaire_1.pdf

74. Aides au financement de la pratique [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.sante-sudalsace.org/index.php?IdPage=1460624917>

75. Simonin N, Villaume M. Restitution Evaluation externe Prescri'mouv réalisée par KPMG. 2021.

76. Ministère de la Santé et des Sports. Le réseau des Maisons Sport-Santé poursuit son déploiement. 2022 janv 14; Paris.

77. Rafai S, Fouré PY. Sport sur Ordonnance ! [Internet]. HOUDART & ASSOCIÉS. 2022 [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.houdart.org/sport-sur-ordonnance/>

7.ANNEXES

7.1. Annexe 1 : Formulaire de prescription d'activité physique





FORMULAIRE DE PRESCRIPTION MEDICALE D'ACTIVITE PHYSIQUE

Je soussigné.e, Docteur....., prescris
à mon/ma patient.e -présentant des limitations fonctionnelles légères ou modérées- une activité physique et/ou
sportive à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Merci de cocher le(s) critère(s) d'inclusion :

- Pathologie relevant de la liste **Affection de Longue Durée 30** (ALD 30 ; liste au verso)
Préciser laquelle :
- Trouble musculo-squelettique (TMS)**
- Troubles persistants suite à une infection au Covid-19**
- Obésité (IMC > 30)**

Précisions(s) d'activité(s) et recommandations
Contre-indications et limitations (réponse facultative) :
.....
.....
.....

Fait à Tampon et signature du médecin
Le
.....

**Document à remettre au patient pour prendre RDV avec
un.e Enseignant.e en Activité Physique Adaptée Prescri'mouv
03.52.62.64.37
La Consultation pour bilan et orientation est gratuite.**

Décret n° 2015-1806 (à 10 décembre 2016) relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD.
Instruction interministérielle n° DG55EA3-DGRIIP-DG55G201701 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-3 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.
La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

<https://www.prescri@uv.com/fr/>
Dispositif Prescri'mouv - Réseau Santé de Sud Alsace

7.2. Annexe 2 : Phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une ALD

ANNEXE 2 – TABLEAU DES PHÉNOTYPES FONCTIONNELS DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE

TABLEAU DES PHÉNOTYPES FONCTIONNELS					
Fonctions		Aucune limitation	Limitation mineure	Limitation modérée	Limitation sévère
Fonctions locomotrices	Fonction musculaire	Normale	Altération mineure de la mobilité du bras	Altération de la mobilité et du volume des articulations simples	Altération de la mobilité et du volume des articulations complexes
	Flexion articulaire	Normale	Altération au sein de 25 d'amplitude sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements normaux	Altération à plus de 35 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvement simple	Altération d'au moins 50 d'amplitude sur plusieurs articulations affectant la posture et l'activité quotidienne
	Endurance à l'effort	Pas ou peu de fatigue	Fatigue après une activité physique courante	Fatigue après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Force normale	Rebroussement de force pour tâches pour plusieurs groupes musculaires	Rebroussement de force pour un groupe musculaire	Rebroussement de force pour plusieurs groupes musculaires
	Marche	Distance théorique normale parcourue en 30 min = 2161 (5,14 x âge en ans) + 670 (0,32 x poids en kg) + 15 (3,1 x sexe) avec +20% pour les hommes, +30% pour les femmes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (92% de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à la limite inférieure de la 100 %.

7.3. Annexe 3 : Questionnaire GPAQ version 2

2 Version 2 du questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ)

MODULE DE BASE : Activité physique			
<p>Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous consacrez à différents types d'activité physique lors d'une semaine typique. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif.</p> <p>Pensez tout d'abord au temps que vous y consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, de tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser, de chercher un emploi. <i>[Ajouter d'autres exemples si nécessaire]</i>. Dans les questions suivantes, les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, et les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.</p>			
Question	Réponse	Code	
Activités au travail			
1	<p>Est-ce que votre travail implique des activités physiques de forte intensité qui nécessitent une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, comme [soulever des charges lourdes, travailler sur un chantier, effectuer du travail de maçonnerie] pendant au moins 10 minutes d'affilée ?</p> <p>[INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES]</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 Si Non, aller à P4</p>	P1
2	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P2
3	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques de forte intensité, combien de temps consacrez-vous à ces activités ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P3 (a-b)
4	Est-ce que votre travail implique des activités physiques d'intensité modérée, comme une marche rapide ou [soulever une charge légère] durant au moins 10 minutes d'affilée ?	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 Si Non, aller à P7</p>	P4
5	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P5
6	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques d'intensité modérée, combien de temps consacrez-vous à ces activités ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P6 (a-b)
Se déplacer d'un endroit à l'autre			
<p>Les questions suivantes excluent les activités physiques dans le cadre de votre travail, que vous avez déjà mentionnées. Maintenant, je voudrais connaître votre façon habituelle de vous déplacer d'un endroit à l'autre ; par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, aller à votre lieu consacré au culte. <i>[Ajouter d'autres exemples si nécessaire]</i></p>			
7	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 Si Non, aller à P10</p>	P7
8	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P8
9	Lors d'une journée habituelle, combien de temps consacrez-vous à vos déplacements à pied ou à vélo ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P9 (a-b)

Suite à la page suivante

2 Version 2 du questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ), Suite

Question	Réponse	Code	
Activités de loisirs			
Les questions suivantes excluent les activités liées au travail et aux déplacements que vous avez déjà mentionnées. Maintenant je souhaiterais vous poser des questions sur le sport, le fitness et les activités de loisirs. <i>[Insérer les termes appropriés]</i>			
10	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs de forte intensité qui nécessitent une augmentation importante de la respiration ou du rythme cardiaque comme [courir ou jouer au football] pendant au moins dix minutes d'affilée ? [INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES]	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à P 13	P10
11	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs de forte intensité ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P11
12	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P12 (a-b)
13	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs d'intensité modérée qui nécessitent une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque comme la marche rapide [faire du vélo, nager, jouer au volley] pendant au moins dix minutes d'affilée ? [INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES]	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à P16	P13
14	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs d'intensité modérée ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P14
15	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P15 (a-b)
Comportement sédentaire			
La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée, au travail, à la maison, en déplacement, à rendre visite à des amis, et inclut le temps passé [assis devant un bureau, se déplacer en voiture, en bus, en train, à lire, jouer aux cartes ou à regarder la télévision] mais n'inclut pas le temps passé à dormir. [INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES]			
16	Combien de temps passez-vous en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P16 (a-b)

7.4. Annexe 4 : Grille d'entretien

GRILLE D'ENTRETIEN

Contexte

Caractéristiques des médecins interrogés :

- Age / genre, installé/rempla/collab

-secteur d'activité : urbain, rural, semi rural

- activité physique personnelle : gpaq2

-Prescripteur ?

1) Comment abordez-vous la question des habitudes de vie en matière d'activité physique avec vos patients ?

Citez un exemple... Abordés avec tous les patients ?

2) Que pouvez-vous me dire du dispositif Prescri'mouv ?

- Quel est l'objectif de ce dispositif ? Qui peut prescrire ? Quelles sont les modalités de prescription ?

Quelle population cible ?

3) Comment imagineriez-vous une formation pour les généralistes ?

- Sous quelle forme ? Réunion d'information, visite au cabinet, prospectus, vidéo d'info...

- qu'en attendriez vous ? Un souhait de votre part ?

4) Quels sont pour vous les freins rencontrés pour l'adressage/ adhésion au dispositif ?

- Pour vous-même ? Pour vos patients ?

5) Comment souhaiteriez-vous améliorer/développer le dispositif si vous pouviez le faire?

- Sur la visibilité du dispositif et sa promotion auprès de la population /prescripteurs ?

- Sur l'implication du médecin généraliste : prescription / rédaction du certificat médical ?

- Sur la prise en charge en elle-même et sur la coordination dispositif/ médecin ?

- Sur la population cible ?

7.5. Annexe 5 : Exemple d'entretien

Entretien G9, Mercredi 29/09/22, visioconférence, 14 :33

- Coucou ! Alors déjà est ce que tu es d'accord que j'enregistre cet entretien ? Sachant que tout sera anonyme.

- Pas de problème.

- Donc en fait, je t'avais un peu expliqué. Donc je fais sur le dispositif Prescri'mouv, au niveau du secteur de chez nous. Grosso modo ça fonctionne pas très bien, il y a pas beaucoup de médecins généralistes qui prescrivent, et la question c'était un peu de savoir pourquoi et qu'est-ce qu'on peut faire, en gros, pour l'améliorer quoi. Alors, déjà pour commencer, euh... Donc j'aurai une grille à te faire remplir, donc je vais te poser des questions, c'est sur ton activité physique à toi, ce que toi tu fais dans la vie. Ok ? Donc est ce que dans tes activités de travail, ça implique des... des activités physiques de forte intensité, donc plus de dix minutes ? Donc forte intensité c'est vraiment des charges lourdes, c'est vraiment de la course à pied, des choses comme ça. Donc dans ton boulot...

- En tant que généraliste ?

- Ouais.

- (Rires). Donc non du coup non (rires).

- Du coup non ok.

- Enfin sauf si je vais en travail en vélo mais ça m'arrive pas souvent.

- Ouais ok ça marche. Euh... Ok. Dans une journée habituelle du coup, de l'intensité modérée, donc justement de la marche rapide, monter les escaliers des choses comme ça mais faut que ça dure plus de dix minutes. Ça ça peut arriver ?

- Ouais. Je dirais une ou deux fois si y'a des visites, surtout là.

- Et grosso modo tu me disais combien de jours par semaine, une à deux fois ?
- Ouais deux fois par semaine.
- Deux fois par semaine ok. En temps du coup, ça représente combien de temps, en heures ou en minutes ? Si tu cumules du coup dans tes visites...
- Sur une semaine je dirais 40 minutes.
- 40 minutes ouais.
- J'en fais pas beaucoup...
- Ouais ok ça marche. Pour te déplacer d'un endroit à un autre maintenant, donc pas forcément pour ton boulot, ça peut être toi dans ta vie de tous les jours. Est-ce que tu fais, ça j'ai la réponse je pense mais, est ce que tu fais des trajets d'au moins dix minutes à pied ou à vélo ?
- Ouais.
- Euh... combien de jours par semaine, tu fais des trajets comme ça de plus de dix minutes à pied ou à vélo ?
- Deux fois je dirais. Surtout le Week end.
- Ok, ouais ça marche. Euh... Donc du coup sur une journée habituelle maintenant, combien de temps consacrez-vous à vos déplacements à pied ou à vélo ?
- Hmm... Pfff... Je dirais un quart d'heure.
- Ok ça marche. Euh... Alors du coup...Ok. Dans tes activités de loisirs maintenant, est ce que tu fais justement des sports, enfin de l'activité physique de forte intensité de plus de dix minutes ?
- Oui.
- Combien de jours par semaine pratiquez-vous donc ce type d'activité ? Dans tes activités de loisirs toujours.
- Allez on va dire en moyenne deux fois par semaine.

- Ok. Deux jours par semaine. Et quand tu en fais, tu en fais combien de temps ? Sur une journée ?
- Deux trois heures.
- On va mettre deux heure trente alors du coup. Ok.
- Par activité, donc sur la semaine ça fait cinq heures.
- Mais là c'était bien sur une journée donc du coup c'est juste. Euh... Ok. Est-ce que tu fais du coup des sports d'intensité modérée maintenant ? Donc c'est vraiment du vélo balade, de la natation des choses comme ça pendant plus de dix minutes ?
- Ben quand je fais mon activité de vélo y'a un peu de tout, de l'intensité... ça dépend si je suis avec des amis ou...
- Ouais mais ça c'est plutôt forte intensité du coup parce que vous roulez quoi !
- Oui donc là c'est vraiment pour du vélo balade, quand je vais avec ma femme le long du canal quoi ok.
- Ouais c'est ça. Donc de faible intensité alors...
- Ben du coup ça non j'en fais pas vraiment ou très occasionnellement.
- Ok ça marche. Et du coup sur ton comportement sédentaire maintenant, combien de temps passez-vous en position assise ou couchée sur une journée habituelle ? Donc c'est à dire tu prends du moment où tu te lèves le matin, jusqu'à ce que tu te couches le soir ?
- Euh... Je sais pas, je dirais six, sept heures par jours (rires).
- Ouais ok, ben le boulot quoi.
- Voilà !
- Ouais ben c'est ce qu'il ressort hein... Les gens ils disent entre cinq et sept heures vu qu'en fait t'es la moitié du temps assis quoi.
- Ouais.

- Ok ça marche. Du coup, donc toi tu es un jeune homme, est ce que je peux te demander ton âge ?
- 29.
- 29. Toi du coup tu es remplaçant pour l'instant, remplaçant adjoint ou remplaçant du coup ?
- Que remplaçant, j'ai pas le statut d'adjoint.
- Ok ça marche.
- Un secteur d'activité que tu dirais quoi, plutôt rural, semi rural, urbain ?
- Semi rural.
- Ok ça marche. Est-ce que toi tu as déjà prescrit Prescri'mouv ?
- Non jamais.
- Non ok. Ça marche. Alors déjà, euh... Est-ce que c'est quelque chose que tu abordes toi avec tes patients, et comment tu abordes la question des habitudes de vie en matière d'activité physique ?
- Euh... Oui je leur en parle. Après le Prescri'mouv euh... comme dit jamais parce que ouais, je connais pas trop la structure. Par contre je leur parle plus de tout ce qui est centre de réadaptation Lalance ou... le Réseau qui font du sport, de la nutrition, je passe plutôt par ce biais là quand je fais des prescriptions actuellement.
- Mais du coup-là, en dehors de tes prescriptions déjà, est ce que c'est effectivement... Est-ce que tu abordes l'activité physique avec tes patients ?
- Le sport, l'activité physique surtout chez les jeunes, les ados et cetera... Euh... Chez les adultes après ça va être plutôt les quarante, cinquantenaires, diabétiques, hypertendus.
- Plutôt de la prévention secondaire alors ?
- Ouais plutôt de la prévention secondaire.
- Ok ça marche. C'est pas quelque chose que tu fais systématiquement du coup dans tes consultations ?

- Non, pas dans chaque consultation.
- Ok ça marche. Et du coup, tu l'abordes comment ?
- Ben je leur dis « Est ce que vous faites un peu d'activité ? De la marche ? Est-ce que vous pratiquez du sport ? Est-ce que vous voudriez en pratiquez ? »
- Tu fais vraiment cette distinction toi : activité physique et activité sportive ?
- Ouais.
- Ok. Ça marche. Qu'est-ce que tu peux me dire du dispositif Prescri'mouv ?
- Euh... ça fait quoi, deux ans que c'est mis en place. T'as un bilan initial par un évaluateur dans un centre, qui évalue les besoins et les capacités du patient, et en gros, après il te font douze séances collectives où ils essaient de t'apprendre pas mal de choses, de t'éduquer et après ils te recommandent de t'inscrire dans un club de sport de ton secteur et cetera pour que tu puisses poursuivre tes apprentissages, par toi-même.
- Et du coup, pour toi, l'objectif il est quoi ? Vraiment l'objectif premier de Prescri'mouv ?
- Euh... ben je pense que c'est Pour aider les gens à s'inscrire dans un club de sport, où se lancer dans une activité physique qu'ils auraient peut-être pas fait d'emblée parce qu'ils avaient peut-être pas confiance en eux, ou ils pensaient que c'était peut-être pas possible.
- Ok. Est-ce que tu sais qui peut prescrire ?
- Tous les médecins.
- Ouais. Et du coup, est ce que tu connais les modalités de prescription ?
- Euh... Alors je crois qu'il y a un formulaire spécifique à récupérer auprès des centres référents. Après dans chaque secteur il y a un centre référent, mais il y a un formulaire spécifique à récupérer.
- C'est juste. Et euh... Et est-ce que tu connais du coup toute la population cible ? Qui est ce que ça concerne finalement la prescription de Prescri'mouv ?

- Alors que je dise pas de bêtises (rires). Certaines pathologies de post-cancer, cancer du sein ou autre chose, euh... Après bon ben ça va être tout ce qui obésité, tout ce qui est coronaropathie, donc problèmes cardiaques, euh... Et puis ouais certains cancers qui sont éligibles.

- Ouais d'accord. Comment t'imaginerait toi une formation pour les généralistes ?

- Ben je pense qu'il faudrait qu'il y ait un peu comme les visiteurs médicaux, quelqu'un qui viennent te présenter le projet avec une plaquette, éventuellement des fiches pour inscrire les gens enfin les... des questionnaires pour les envoyer vers le centre. Et puis comme dit présenter un peu le système et dire au médecin « Ben voilà il suffit de remplir le papier et puis nous on s'occupe du reste ».

- Ok ça marche. Pour toi, plutôt quelque chose de présentiel en fait ?

- Ouais présentiel.

- Ok ouais. Donc ce que tu attends tu viens de me le dire hein, donc de la présentation du dispositif et grosso modo les manières de faire quoi.

- Ouais et donner des plaquettes et cetera, et peut être même pour les patients.

- Ce serait un souhait de ta part une formation sur ça ?

- Euh ouais.

- Alors toi tu n'as pas prescrit mais tu as peut-être quand même une idée, sur ce qui pourrait freiner. Quels seraient les freins pour l'adressage et l'adhésion au dispositif ?

- Euh... Les patients qui sont financièrement précaires, parce que ça implique que ce soit eux soit qui s'inscrivent il y a une licence, où qu'ils puissent financièrement effectuer leur sport. Euh... Donc la précarité des gens si c'est un problème social derrière je pense que ça va bloquer. Et puis après ça peut dépendre éventuellement du secteur, j'en parlais avec d'autres médecins, bah... c'est vrai que nous on n'a pas trop de salles de sport, d'affiliation sportive dans le secteur donc les gens après ils peuvent plus se déplacer car trop loin.

- Complètement. Du coup pour toi, ce serait des freins plutôt côté patient en fait ?
- Ouais, ben oui. Parce que médical il y a pas de soucis.
- Toi tu n'aurais pas forcément de freins à adresser à Prescri'mouv ?
- Non ça me gênerait pas.
- Ok ça marche. Ok. Comment, si tu pouvais, t'aimerais qu'on améliore, qu'on développe ce dispositif ?
- Euh... Je sais pas mais des journées portes ouvertes pour les patients, sans forcément qu'ils soient adressés ou que nous on leur demande d'y aller. Une journée d'information aux patients, deux fois par an, où les gens peuvent venir juste dans le centre, voir comment ça se passe. Pour se familiariser peut-être que ça peut les inciter à ce qu'on leur prescrive.
- Ouais ok. Et du coup, sur la visibilité du dispositif en lui-même ? Comment tu penses que ... on peut améliorer ça ?
- Moi je mettrais des affiches comme dit d'information euh... donc en salle d'attente ou éventuellement des flyers qu'on peut donner aux patients si on veut juste leur en parler rapidement « Est ce que ça vous intéresse ? On en reparle la prochaine fois ? »
- C'est une bonne idée ouais. Euh... Ok. Euh... Alors après, je sais pas si t'as déjà fait mais théoriquement, tu envoies ton patient chez Prescri'mouv, il fait son bilan et après pour l'adressage ça nécessite un certificat médical pour lequel le patient doit revenir te voir. Est-ce que ça tu trouves que c'est pertinent qu'il revienne te voir, ou est-ce que finalement tu penses que le certificat tu pourrais le faire au moment où tu l'adresses le patient ?
- Euh... Parce que là il revient te voir avec un bilan d'évaluation de ce qu'il peut faire ?
- Oui il revient avec le carnet mais tu n'as pas forcément le bilan. Il te dit « Voilà j'ai rencontré l'éducateur sportif et il me demande un certificat médical. ». Mais t'en sais pas forcément plus.

- Moi je trouve... Je pense que c'est pertinent pour revoir le patient, déjà ce qu'il en a vu et compris vis à vis de l'éducateur. Après pour la question du certificat je pense que de façon tacite quand tu l'envoies faire du sport, c'est bien que tu le juges apte à faire du sport ! Il me semble que c'est l'éducateur aussi, qui doit en fonction de la pathologie et de la capacité du patient, essayer de juguler au niveau de l'intensité et de l'activité.
- Ouais complètement. C'est ce qui ressort aussi, c'est que finalement c'est ton patient, tu lui prescribes donc tu estimes qu'il est capable, sachant que tu sais toi que ça va être adapté derrière.
- Ouais.
- Après effectivement, pour le retour patient justement, est ce que tu penses qu'il y aurait quelque chose à faire dans la coordination dispositif- médecin, pour améliorer ça ?
- Ben ce qui serait intéressant c'est que si le patient il revient te voir, c'est qu'il a déjà un prémice de ce que propose l'éducateur et à ce moment-là tu peux discuter avec le patient et peut être lui dire « Ben c'est bien ce qu'il vous a proposer » ou alors le patient il a des craintes ou des questions comme « L'éducateur il m'a dit de faire ça, est ce que vous pensez que c'est bien Docteur ? », et d'essayer de trouver un entre deux pour appuyer éventuellement ce que fait l'éducateur.
- Ok. D'ailleurs toi ce serait pas quel biais du coup cette coordination Prescri'mouv/médecin ?
- Comme pour les spécialistes, un courrier ou un bilan de synthèse qu'on nous adresse.
- Courrier papier ?
- Papier ou informatique (rires), plutôt informatique c'est plus pratique (rires).
- T'aimerais que son bilan soit remis au patient ?
- Ouais mais en même temps, la plupart du temps les patients oublient de nous les emmener. Mais en même temps c'est lui qui est décisionnaire de sa santé. Ce bilan il est personnalisé, ce n'est pas comme un spécialiste qui va parler de pleins d'exams, et que le patient il n'a pas

besoin de savoir parce que ça ne le concerne pas forcément ou qu'il ne comprendra pas. Là c'est un bilan individualisé donc c'est bien que le patient il voit exactement ce qu'on lui a préconisé quoi.

- Est ce que toi t'aurais... Tu penses que la population cible il y aurait quelque chose à faire de plus ? Par rapport à ceux que tu m'as cité ?

- Après il y a beaucoup... Les jeunes, les adolescents mais s'ils sont en obésité je crois que ça passe quand même ou c'est que pour les adultes ? Après même hormis l'obésité il y a pas mal d'enfant qui ne font pas d'activité physique en règle générale. C'est un peu comme... ça pourrait leur permettre de prendre le goût au sport via la découverte d'activité sportive quoi, qu'ils n'ont pas forcément au collège ou au lycée, et que Prescri'mouv leur présente des activités physiques qu'ils puissent après éventuellement faire en club.

- Ouais effectivement... Ok. Euh... Est-ce que tu penses que la prescription devrait être ouverte à d'autre gens finalement que les médecins ou pas ?

- Euh... Au final, non. Ben les infirmières scolaires éventuellement ou ... Ouais l'infirmière scolaire ou de pratique avancée ce genre de choses-là. Après je vois pas ... Éventuellement les kinés, à la fin de leur prise en charge, en entretien. Après je vois pas d'autres professionnels de santé qui puissent le prescrire en étant aussi complets que nous pour la prise en charge quoi. C'est quand même nous les principaux coordinateurs de toutes les spécialités.

- Ok ça marche. Ben je te remercie d'avoir pris le temps de me répondre.

RESUME

Introduction : La promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité font partie intégrante des stratégies de prévention devant l'augmentation croissante des pathologies chroniques. La prescription du sport sur ordonnance apparaît comme un outil supplémentaire pour intégrer l'activité physique à la prise en charge thérapeutique des patients. Malgré le cadre légal posé en 2016 et le développement de Prescri'mouv en 2018, la prescription de l'activité par les médecins rencontre des difficultés de mise en œuvre. L'objectif de ce travail est d'évaluer les connaissances des médecins sur le dispositif, d'en évaluer les freins pour proposer des pistes d'amélioration.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été menée auprès de onze médecins généralistes du GHT Haute Alsace hors Mulhouse, par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés. Une analyse thématique a été réalisée après retranscription intégrale des verbatims.

Résultats : Si l'objectif du dispositif est clair pour les médecins, ils ont cependant souligné leur manque de connaissances sur le fonctionnement, et une volonté de simplification des démarches, de la prescription initiale jusqu'à la prise en charge du patient. Les prescripteurs déplorent le manque de temps en consultation, et proposent volontiers une délégation de tâches à d'autres professionnels de santé notamment en matière de prévention. Les patients semblent manquer de temps et de motivations. Une meilleure adhésion au dispositif semble cependant être obtenue grâce à l'accompagnement par des professionnels à l'activité physique. Le coût et l'éloignement géographique induit par la ruralité semblent cependant être des contraintes majeures.

Conclusion : Le sport sur ordonnance est encore peu prescrit. Mais les freins relevés et les pistes d'amélioration proposées par les médecins s'intègrent dans une volonté de leur part d'un développement du dispositif. La coordination entre les différents intervenants apparaît primordiale pour une prise en charge globale du patient.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : activité physique, prescription, sport sur ordonnance, prévention

Président : Professeur Nathalie JEANDIDIER

Assesseurs : Docteur Philippe HILD, Docteur Corinne BILDSTEIN

Adresse de l'auteur :

PFLIEGER Camille

11 rue des Alouettes 68720 SAINT BERNARD

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : PFLIEGER Prénom : Camille

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À ASTURCH, le 25.04.23

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.