

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

ANNÉE : 2025

N° : 33

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

JEANNEAU Camille

Née le 11 novembre 1997, à Rennes

**Vers une meilleure promotion de l'Activité Physique : Exercice
pluriprofessionnel et apport des CPTS.**

Exemple de la CPTS Eurométropole Strasbourg Nord.

Étude qualitative à Strasbourg

Président de thèse : KALTENBACH Georges, Professeur

Directeur de thèse : TRYLESKI Pierre, Docteur



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2023
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Première Vice Doyenne de la Faculté** Mme CHARLOUX Anne
- **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 : N...

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 Séïamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	CS*	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
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
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 Séïamak	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 Hépatogastro-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)
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-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS ^o	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 Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
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 Haute-pierre	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 ; Méd. d'urgence (opt. 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 Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY 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 Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	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 Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	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
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
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 Haute-pierre	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 ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Ciémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHAC Benoît	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRP6 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	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRP6 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	NRP6 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	RP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RP6 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	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRP6 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 ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô 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	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô 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	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô 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	NRPô 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
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBCMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô 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 TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
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)
VIDAILHET 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 ²	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
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• 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)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
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)
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 Hautepierre	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-YOUCHEF 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
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 Hautepierre	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) - AXS / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
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 ⁰⁷	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 / IG BMC	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 Haute-pierre	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 Haute-pierre	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 Haute-pierre	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 Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
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 Haute-pierre	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)
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 Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option 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)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
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)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	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)
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)

Pr BONAHE 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 Niils	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)

Pr Ass. DUMAS Claire
 Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGÉRIE Fabien

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

Dr CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

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

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

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (JF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de 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	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• 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 (Généétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
- 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)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 MOULIN Bruno (Néphrologie)
 PINGET Michel (Endocrinologie)
 ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 ROUL Gérald (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MANDEL Jean-Louis (Génétiq.)/ 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Helly (Histologie) / 01.09.20	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSTEIN 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
CAZENAVE 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
CHIELLY 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	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DOFFEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STIERLE Jean-Luc (DRL) / 01.09.10
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL Claude (Génétiq.)/ 01.09.09
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, DRL et mammaire) / 01.09.23
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.05	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.05.98	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

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 Mollère - 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

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Georges KALTENBACH, Président du Jury,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

À Monsieur le Docteur Pierre TRYLESKI, Directeur de Thèse,

Je tiens à te remercier chaleureusement pour avoir accepté de me suivre dans cette aventure. Merci pour ton accompagnement, tes conseils précieux et ta confiance tout au long de ce travail. Je te suis reconnaissante pour ta disponibilité, ton soutien et ta bienveillance.

À Monsieur le Docteur Florent HERZOG, Assesseur,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ma thèse en tant que membre de mon jury, vous avez toute ma reconnaissance.

Aux professionnels de santé qui se sont prêtés à cet exercice, vous m'avez consacré de votre temps et m'avez offert l'opportunité de partager vos expériences. Grâce à vous, ce travail a pu voir le jour. Ces échanges ont été très enrichissants et seront précieux pour ma pratique future. Un grand merci à vous tous.

À mon chéri Jonathan,

Merci de m'avoir soutenue durant ces heures de travail, pour ta relecture et tes précieux conseils. Mais surtout, merci de partager ma vie, d'être qui tu es et de m'offrir chaque jour un peu plus de bonheur. Nous avons déjà vécu tant d'aventures, et il nous en reste encore tant à découvrir. J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve, et je suis fière de tout ce que nous avons déjà construit ensemble. Je t'aime.

À mes parents,

Merci pour votre soutien indéfectible depuis toutes ces années, pour votre confiance et l'amour que vous m'avez toujours apporté. Vous m'avez fait découvrir le goût de la vie à travers le sport, les voyages, et tant d'autres expériences enrichissantes. Grâce à vous, je suis devenue la personne que je suis. Je vous aime.

À ma sœur Albane et à mon frère Thomas,

Merci pour notre enfance pleine de rires, de complicités (et de quelques petites disputes aussi). Albane, je suis si fière de te voir grandir et réussir, que ce soit au volley ou en médecine – bientôt, ce sera ton tour de devenir Docteur ! Thomas, je me réjouis de te voir t'épanouir et suivre le chemin qui te ressemble. Que vous gardiez toujours cette belle énergie et cet enthousiasme qui vous portent et vous permettent d'accomplir de belles choses.

À mes grands-parents,

Merci pour votre amour et pour tous les moments partagés en famille, que ce soit chez vous ou en Auvergne. Vous occupez une place unique dans mon cœur, et ces souvenirs resteront à jamais gravés.

À ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueillie dans votre famille et pour tout l'amour que vous me partagez. Grâce à vous, je deviens un peu plus alsacienne chaque jour, et j'en suis fière. J'ai une pensée toute particulière pour Mathieu.

À Carole et Pauline

Merci à vous deux, pour cette amitié qui perdure et reste aussi forte. Merci d'être toujours là, peu importe les hauts et les bas, peu importe la distance. Carole, je suis très heureuse de te voir épanouie en tant que maman de Malo, et Pauline, c'est un vrai bonheur de te voir avancer avec la construction de ton petit chez toi. Amies pour la vie.

À la team médecine de Rennes,

Merci à vous - Amélie, Solène, Flo, Thom, Ben, Juliette, Nico, Clémence, Jeanne et Léa - pour ces années d'externat inoubliables : soirées mémorables au Pub Gall, journées interminables à la BU, voyages incroyables de Split à Fuerteventura. Même si nous sommes répartis aux quatre coins de la France, je sais qu'on trouvera toujours un moyen de se retrouver et de revivre de merveilleux moments ensemble.

À la team médecine de Strasbourg

Merci à vous - Juliette, Camille, Claire, Adrien, Milia et Vinh - pour tous ces moments partagés, du stage aux urgences aux vacances à Cham', en passant par la rando, le running, le ski, mais aussi les brunchs et les terrasses ensoleillées. Que de souvenirs heureux, et vivement tous ceux à venir.

À Servane et Joseph,

Merci pour ces belles années de lycée qui me font toujours autant sourire. Depuis, la vie vous a comblés, chacun de votre côté, avec un mariage et l'agrandissement de votre famille. Je me réjouis pour vous et vous souhaite tout le bonheur du monde.

À Charlotte et Fred,

Merci à vous deux pour votre bienveillance et ces beaux moments passés ensemble de Strasbourg à Bruxelles en passant par Amsterdam et Zakopane. Votre amitié est précieuse. J'ai hâte de vivre encore bien d'autres aventures à vos côtés.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	21
II. METHODE ET MATERIEL	25
1. Type d'étude	25
2. Choix de la population	25
3. Recueil des données	26
4. Analyse des données	26
5. Aspect éthique et réglementaire	27
III. RÉSULTATS	28
1. Données générales de l'étude	28
1.1. Déroulement des entretiens	28
1.2. Population de l'étude	28
2. Rôles perçus et stratégies mises en œuvre par les professionnels de santé pour promouvoir l'activité physique	29
2.1. Reconnaissance de l'impact de l'activité physique sur la santé	29
2.1.1. Moyen de prévention primaire et secondaire	29
2.1.2. Vecteur de bien-être	29
2.1.3. Les bénéfices sociaux	30
2.1.4. Utilisation en tant que thérapeutique	30
2.1.5. Une nouvelle vision de l'activité physique	31
2.2. Priorisation dans leur pratique	31
2.2.1. Priorisation centrale	31
2.2.2. Priorisation secondaire	32
2.3. Outils de mise en œuvre de l'activité physique	33
2.3.1. Sensibilisation et éducation des patients	33
2.3.2. Prescription médicale d'activité physique	34

2.3.3.	Mise en œuvre de programmes adaptés	35
2.3.4.	Accompagnement par l'entretien motivationnel	36
2.4.	Objectifs poursuivis par les professionnels	37
2.4.1.	Autonomisation des patients	37
2.4.2.	Prévention et amélioration de la qualité de vie	37
2.5.	Barrières identifiées à la réalisation d'activité physique	37
2.5.1.	Le coût	37
2.5.2.	Le temps	38
2.5.3.	L'accessibilité géographique	39
3.	Les dynamiques de coopération interprofessionnelle	39
3.1.	Synergie au service de la santé	39
3.1.1.	La complémentarité des rôles entre professionnels	39
3.1.2.	Le partage des connaissances et des ressources	40
3.1.3.	La coordination comme facteur d'efficience	41
3.2.	Les obstacles identifiés	42
3.2.1.	Communication insuffisante ou inefficace	42
3.2.2.	Manque de confiance et appréhension envers les autres professions	43
3.2.3.	Manque de formation	44
3.2.4.	Perception de hiérarchie et conflits de statuts	45
4.	La CPTS, outil de réseau interprofessionnel qui vise à renforcer l'exercice coordonné.	46
4.1.	Mécanisme de partage d'informations et d'expérience	46
4.1.1.	Partage de données et de savoir-faire	46
4.1.2.	Réseau d'expérience et de bonnes pratiques	48
4.2.	Création de lien interprofessionnel	48
4.2.1.	D'une connaissance vers une confiance	48
4.2.2.	Construction d'une dynamique collective	49
4.3.	Rôle de relai entre les secteurs médical et social	51
4.3.1.	Une coordination entre soins de ville, hôpital et acteurs sociaux	51

4.3.2.	Une interface entre santé et collectivités locales _____	51
4.3.3.	Un ancrage local des actions de santé publique _____	53
4.3.4.	Une vision moderne et collaborative de la santé _____	53
4.4.	Difficultés et questionnements _____	54
4.4.1.	Complexité administrative et lourdeur organisationnelle _____	54
4.4.2.	Contraintes temporelles et incitations financières _____	55
4.4.3.	Manque de résultats concrets et mesurables _____	55
4.4.4.	Manque de connaissance sur le rôle des CPTS _____	56
IV.	DISCUSSION _____	57
1.	Résultats en contexte _____	57
1.1.	Reconnaissance de l'activité physique comme un pilier de la santé et du bien-être	57
1.2.	Une mobilisation pluriprofessionnelle pour intégrer l'activité physique _____	58
1.3.	Les contributions des CPTS à l'exercice coordonné et à la promotion de l'activité physique _____	61
1.4.	Défis et controverses autour des CPTS _____	64
2.	Forces et limites de l'étude _____	66
3.	Perspectives _____	67
V.	CONCLUSION _____	70
VI.	ANNEXES _____	73
	ANNEXE 1 - Extrait d'un guide d'entretien _____	73
	ANNEXE 2 - Analyse des verbatim et construction du modèle explicatif à partir des propriétés et catégories. _____	74
	ANNEXE 3 : Effets de l'activité physique sur les pathologies chroniques - Synthèse INSERM _____	76
VII.	BIBLIOGRAPHIE _____	78

ABREVIATIONS

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

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

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

ICOPE : Integrated Care for Older People

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

I. INTRODUCTION

L'activité physique est essentielle pour maintenir une bonne santé et prévenir de nombreuses maladies chroniques. Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, il est conseillé pour un adulte de pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée par semaine. Pour un enfant et un adolescent, il est recommandé de pratiquer au moins 60 minutes par jour d'activité physique aérobie d'intensité modérée tout au long de la semaine (1).

Or, en France dans les années 2000, le constat était que seulement 36,7% de la population avait pratiqué un sport dans les 7 derniers jours (2). Pour répondre à cette problématique, le gouvernement a mis en place plusieurs plans nationaux pour encourager l'activité physique. L'accent était mis sur la prévention, notamment pour lutter contre les maladies liées à la sédentarité comme l'obésité et les maladies cardiovasculaires. Le développement des infrastructures, la sensibilisation du public et l'intégration de l'activité physique dans les parcours de soins ont été des priorités pendant cette période. Ces efforts ont jeté les bases des stratégies de santé publique plus ambitieuses qui suivront dans les décennies suivantes.

En effet, en 2016, la loi de modernisation de notre système de santé a initié une politique de promotion de l'activité physique sur ordonnance (3). On peut également citer la Stratégie Sport-Santé 2019-2024, lancée par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère des Sports, qui visait à développer l'activité physique pour tous. Elle s'est inscrite dans le cadre du Plan National de Santé Publique « Priorité Prévention » et des Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024 (4). Les résultats de ces initiatives sont encourageants : en 2017, 58,9% des adultes ont déclaré avoir pratiqué un sport au cours des 7 derniers jours, une proportion nettement plus élevée qu'en 2000 (36,7%) (2).

Cependant la mise en œuvre reste aujourd'hui encore insuffisante. En septembre 2024, Santé Publique France publie une synthèse des données disponibles : 53% des femmes et 71% des

hommes des 18-74 ans atteignent les recommandations de l’OMS. Ces chiffres sont plus alarmants chez les enfants de 6 à 17 ans avec seulement 33% des filles et 51% des garçons qui atteignent les recommandations (5).

Par ailleurs, une étude menée par l’INCa en 2021 révèle que 88 % des médecins généralistes connaissent le dispositif de prescription d’activité physique adaptée (APA), mais seuls 41 % l’utilisent réellement auprès de leurs patients en affection de longue durée (6). Ces chiffres suggèrent que leur application concrète dans la pratique clinique reste limitée.

Parallèlement, l’organisation des soins évolue vers davantage de pratiques coordonnées. Selon les données 2022 de la Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES), 69 % des médecins généralistes exercent désormais en groupe, une proportion ayant augmenté de 15 points depuis 2010. Parmi ces regroupements, 60 % sont des structures d’exercices pluriprofessionnels, témoignant d’un intérêt croissant pour une approche collaborative des soins (7).

L’exercice coordonné repose sur une approche interprofessionnelle et une meilleure coordination des soins ce qui favorise une prise en charge plus globale du patient (8). Il présente également plusieurs avantages pour les professionnels. En effet, l’exercice en groupe permet d’assurer une permanence des soins par roulement, facilitant ainsi un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Il contribue également à rompre l’isolement des soignants, leur offrant la possibilité d’échanger avec leurs pairs face à des situations cliniques complexes (9,10).

Le système actuel d’organisation des soins primaires fait face à un déséquilibre croissant entre offre et demande de soins, notamment en raison du vieillissement de la population et de la diminution du nombre de médecins généralistes (11). Il nécessite donc une réorganisation pour mieux répondre aux besoins actuels. C’est dans ce cadre qu’ont été créées les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), instaurées par la loi n°2016-41 du 26 janvier

2016 de modernisation de notre système de santé (12). Leur développement est une des dix mesures phares du plan “Ma santé 2022” présenté par le Président de la République, M. Emmanuel Macron en septembre 2018. Ce plan vise à décloisonner et réorganiser le système de soins (13). Une CPTS est définie par le regroupement de plusieurs professionnels de santé d’un même territoire, à leur initiative, dans le but de créer un projet de santé afin de répondre à des problématiques communes identifiées au sein de leur territoire d’action. De par son échelle territoriale, elle permet de faire le lien avec des professionnels de santé de second recours ainsi que des acteurs du secteur sanitaire et médico-social. Elles se distinguent des centres ou maison de santé par le fait qu’elles répondent aux besoins de la population d’un territoire et non d’une patientèle attirée (14). Elles y proposent une organisation des soins et favorisent leur coordination, sans toutefois assumer de fonction de structure de soin.

Depuis leur instauration, les CPTS se sont progressivement développées, avec 831 CPTS dont 555 opérationnelles en juin 2024 (15). En facilitant l'exercice coordonné, les CPTS permettent de mieux répondre à la demande de soins tout en renforçant la collaboration interprofessionnelle et en améliorant l'accès aux soins, notamment dans les zones sous-dotées. L’émergence de ces communautés professionnelles constitue donc une réponse clé aux enjeux actuels du système de santé, tout en offrant aux professionnels une organisation du travail plus harmonieuse et mieux adaptée aux défis contemporains.

Au sein de leur territoire, les CPTS doivent répondre à 4 missions obligatoires : améliorer l'accès au soin, organiser des parcours de soins pluridisciplinaires, développer des actions de prévention et répondre aux crises sanitaires graves (16). Dans le Bas-Rhin, toutes les CPTS s'engagent à renforcer l'accès à l'activité physique dans le cadre de leur mission de prévention, en sensibilisant les professionnels de santé. Ce réseau d'acteurs du sport-santé pourrait ainsi devenir un levier majeur pour encourager la pratique régulière d'une activité physique auprès des patients.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les perceptions et pratiques des professionnels de santé au sein des CPTS sur la promotion de l'activité physique.

L'objectif secondaire est d'analyser les effets des actions des CPTS sur l'optimisation des parcours de soins et l'organisation du système de santé à l'échelle du territoire en terme de facilitation du recours à l'APA.

II. METHODE ET MATERIEL

1. Type d'étude

Cette étude adopte une approche qualitative visant à comprendre les perceptions et les pratiques des différents professionnels de santé au sein d'une CPTS en matière de promotion de l'activité physique. Cette méthode est particulièrement adaptée pour explorer des phénomènes complexes et peu documentés, tels que les dynamiques interprofessionnelles. Les entretiens semi-dirigés ont été préférés aux focus groupe en raison du caractère intime du sujet, où les entretiens individuels peuvent mener à une plus grande liberté de parole de la part des participants. L'analyse est inspirée de la méthode de l'analyse par théorisation ancrée afin de pouvoir explorer les différentes interactions sociales.

2. Choix de la population

La population étudiée est composée de professionnels de santé exerçant sur le territoire de la CPTS COSEN. Cette dernière couvre les villes de Schiltigheim, Bischheim et Hoenheim ainsi que les quartiers de la Robertsau et du Wacken situés au nord de la commune de Strasbourg. Les participants incluent des médecins généralistes, kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, sage-femme et infirmiers, impliqués dans des actions de promotion de la santé.

Les critères d'inclusion étaient : (1) exercer au sein d'une CPTS depuis au moins six mois, et (2) avoir participé à des actions de promotion de l'activité physique. Les professionnels ne remplissant pas ces critères ont été exclus de l'étude.

Les méthodes de recrutement ont été variées afin de maximiser la qualité et la diversité de l'échantillon : recrutement par le réseau personnel puis recrutement en cascade (effet boule de neige) puis par mail via la CPTS et par des annonces déposées dans les boîtes aux lettres des professionnels.

3. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé à partir d'entretiens individuels semi-directifs à réponses libres. La majorité des entretiens ont été menés en présentiel afin de garantir l'authenticité des échanges.

Un guide d'entretien, élaboré à partir de la littérature et des objectifs de l'étude, a été utilisé pour structurer les échanges (annexe 1). Une phase de test a été réalisée en amont des entretiens pour évaluer sa pertinence et sa cohérence. Ce guide était évolutif et s'est enrichi au fur et à mesure des entretiens. Les participants étaient interrogés sur leurs pratiques d'exercice visant la promotion de l'activité physique, leurs stratégies collaboratives mises en place et les difficultés rencontrées dans la coopération professionnelle, le rôle perçu et l'apport des CPTS dans leur exercice ainsi que les stratégies à mettre en place pour améliorer la coordination interprofessionnelle.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord oral des participants à l'aide d'un microphone. Ils ont ensuite été retranscrits entièrement, mot par mot, sur un logiciel de traitement de texte et anonymisés.

4. Analyse des données

L'analyse des données s'est inspirée de l'approche par théorisation ancrée. L'objectif de cette méthode est de construire une théorie permettant de comprendre les phénomènes sociaux et culturels à partir de données issues du terrain, en mettant l'accent sur l'interaction entre le chercheur et les données.

Les données ont été recueillies à partir des entretiens que nous avons menés. Après chaque retranscription, nous les avons fragmentées en verbatims. L'analyse a été réalisée au fur et à mesure des entretiens. Un codage initial sous forme d'étiquettes a émergé de cette analyse afin d'identifier les unités de sens. Nous avons ensuite regroupé ces étiquettes en propriétés puis en

catégories principales. Par une comparaison continue, nous avons établi des liens entre les propriétés et catégories des différents entretiens, ce qui a conduit à l'émergence des résultats ci-dessous.

L'étiquetage initial a été réalisé sur papier et reporté sur un document Excel. L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été effectuées à l'aide d'un support écrit personnel (tableau blanc) (cf annexe 2).

Le recueil des données a été arrêté après avoir obtenu une saturation des données, c'est-à-dire lorsque deux entretiens consécutifs n'apportaient plus de nouveaux éléments qualitatifs.

5. Aspect éthique et réglementaire

Chaque participant a donné son consentement libre et éclairé avant de prendre part à l'étude. Ce consentement a été recueilli oralement avant chaque entretien. Les entretiens ont tous été anonymisés lors de la retranscription par la suppression de noms propres et de tout élément identifiable. Les enregistrements audios ont été détruits après transcription.

L'étude ne relève pas du champ d'application de la Loi Jardé et n'est pas soumise à l'avis d'un comité éthique. Conformément à la réglementation, un engagement de conformité à la méthodologie de référence 004 a été déposé auprès de la CNIL.

III. RÉSULTATS

1. Données générales de l'étude

1.1. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont débuté le 17 novembre 2023 et se sont achevés le 26 août 2024. Leur durée variait de 11 à 73 minutes, avec une moyenne de 35 minutes.

1.2. Population de l'étude

Entretien	Sexe	Tranche d'âge	Profession	Ville d'exercice	Durée d'entretien
M1	Femme	>50 ans	Médecin généraliste	Strasbourg	29min et 42sec
M2	Femme	> 50 ans	Médecin généraliste	Bischheim	11min et 20sec
M3	Homme	> 50 ans	Médecin généraliste	Schiltigheim	23min et 13sec
E1	Homme	35-50 ans	Enseignant en activité physique adaptée	Strasbourg	73min et 44 sec
E2	Femme	18-35 ans	Enseignant en activité physique adaptée	Strasbourg	51min et 56sec
E3	Femme	18-30 ans	Enseignant en activité physique adaptée	Schiltigheim	27min et 43sec
K1	Femme	18-35 ans	Kinésithérapeute libérale	Strasbourg	24min et 39sec
K2	Femme	> 50 ans	Kinésithérapeute en libéral	Hoenheim	33min et 47sec
I1	Homme	35-50 ans	Infirmier ASALEE	Strasbourg	49min et 8sec
SF1	Femme	30-50 ans	Sage-femme libérale	Bischheim	16min et 41sec

2. Rôles perçus et stratégies mises en œuvre par les professionnels de santé pour promouvoir l'activité physique

2.1. Reconnaissance de l'impact de l'activité physique sur la santé

2.1.1. Moyen de prévention primaire et secondaire

L'activité physique est décrite par les participants comme un moyen de prévention qu'elle soit à l'échelle primaire (éviter ou réduire l'incidence des maladies) :

E3 : « En fait, le sport-santé, pour moi, ça fait vraiment partie intégrante de... euh... d'éviter l'apparition de certaines pathologies, d'éviter l'aggravation et permettre de stabiliser certaines pathologies. »

Ou à l'échelle secondaire (diminuer la prévalence d'une maladie dans une population à risque) :

K2 : « Ce n'est plus le diabète qui régit le patient, mais c'est l'activité physique qui régit le diabète. »

La dimension transversale de l'activité physique est également mise en valeur. Elle ne se limite pas à une seule pathologie ni à un domaine précis, mais peut s'intégrer dans des prises en charges variées.

M1 : « L'activité physique adaptée est transversale pour tout un tas de pathologies. »

2.1.2. Vecteur de bien-être

Les participants intègrent à l'activité physique une dimension mentale et psychologique.

Il : « L'idée étant de remettre en mouvement à tous les niveaux, donc ce n'est pas que l'activité physique, c'est aussi l'aspect mental ».

Elle ne se limite pas à un simple exercice corporel, mais a un impact qui dépasse le corps : elle peut améliorer la motivation, la confiance en soi, réduire le stress et favoriser un meilleur équilibre psychologique.

M1 : « Tous ces bénéfices secondaires, l'amélioration du sommeil, la sensation d'être plus réveillé dans la journée, tous ces trucs-là qui sont des bénéfices secondaires qui vont améliorer sur plein d'autres plans. »

2.1.3. Les bénéfices sociaux

L'activité physique contribue également à renforcer le lien social en favorisant la rencontre avec autrui. Elle peut être un outil d'intégration sociale.

I1 : « Le groupe sur l'activité physique me sert également de lien social, de lutte contre l'exclusion, l'isolement, le simple fait de retrouver du monde, de sortir, déjà. »

M1 : « J'ai une patiente qui a une dépression sévère et qui est dans ce groupe et qui me dit : maintenant, quand je sors, eh bien parfois, il y a quelqu'un dans la rue qui m'interpelle et qui me demande comment je vais. »

2.1.4. Utilisation en tant que thérapeutique

Plusieurs participants établissent une analogie entre l'activité physique et un médicament. Ils évoquent l'idée qu'elle peut avoir des effets thérapeutiques, tout comme un traitement médical, en aidant à améliorer certains symptômes ou pathologies.

E1 : « Ça va agir comme un médicament. »

M1 : « Un médecin qui s'y intéresse suffisamment pour prescrire dit que c'est aussi efficace qu'un médicament. »

Un des participants émet l'hypothèse que l'activité physique pourrait être valorisée par un remboursement ou une prise en charge médicale en prenant l'exemple des patchs nicotiniques en tant que médicament ou dispositif médical.

M1 : « Les patchs sont remboursés, aident quand même les gens à moins fumer et donc la prescription de sport aussi. »

2.1.5. Une nouvelle vision de l'activité physique

La notion d'évolution des perceptions de l'activité physique est évoquée. Autrefois utilisée pour des enjeux sociaux et éducatifs (comme la lutte contre la violence), elle est aujourd'hui perçue comme un outil de prévention et de longévité.

K2 : « Dans le temps, il y a une vingtaine d'années, le sport était un critère pour lutter contre la violence ; maintenant, le sport est un critère pour mieux vieillir. »

2.2. Priorisation dans leur pratique

Les participants, issus de corps professionnels divers dans le domaine de la santé, décrivent une priorisation différente selon leur activité.

2.2.1. Priorisation centrale

Dans la pratique des kinésithérapeutes, l'activité physique occupe une place centrale. En effet, la remise en mouvement est le cœur de leur métier tant pour la rééducation que pour la prévention et l'amélioration de la condition physique des patients.

K2 : « Kiné, c'est comme cinétique, cinésiologie, c'est le mouvement, je sais par essence même j'essaie de promouvoir le mouvement. »

C'est également le cas des enseignants en activité physique adaptée mais ces derniers jouent plutôt un rôle de médiateur entre santé et plaisir.

E3 : « Un enseignant APA, pour moi, il va plus apporter ce côté sport santé, bien être et la partie plus, peut-être, ludique. »

2.2.2. Priorisation secondaire

Pour les autres corps de métier de la santé, la promotion de l'activité physique occupe une place plutôt secondaire par rapport à d'autres priorités spécifiques à leur discipline. La priorisation est forte mais non absolue.

En effet l'abord de ce sujet reste essentiel et est évoqué très régulièrement par les professionnels de santé.

M1 : « Donc voilà, ça, c'est des situations où j'y pense tout le temps. »

SF1 : « À 98%, je leur parle d'activité physique à ce moment-là. »

Mais des contraintes temporelles ou contextuelles peuvent parfois l'empêcher de le faire.

SF1 : « Et à ce moment-là, en général, je leur parle d'activité physique, quasiment toujours, sauf si je n'ai vraiment pas le temps ou si ça part sur autre chose. »

M2 : « je les vois en gros une fois par mois au début, et puis après, pas la 1ere fois car il y a tellement de choses à dire, mais au bout de 2-3 fois je leur demande s'ils ont repris une activité physique. »

L'importance du mouvement est également soulignée par l'infirmier ASALEE, qui décrit cette approche comme libre et incitative. Cependant elle n'est pas l'essence même de leur métier, et

il ne faut pas l'associer systématiquement à une démarche thérapeutique encadrée, telle que l'APA, qui est structurée et adaptée à des besoins spécifiques.

Il : « Je précise quand même, l'activité ASALEE n'est pas de l'activité physique, en tout cas le groupe de marche n'est pas à destination d'une activité physique adaptée. Mais plus dans une option de remise en mouvement. »

2.3. Outils de mise en œuvre de l'activité physique

2.3.1. Sensibilisation et éducation des patients

Un des points principaux qu'évoquent les participants dans leur sensibilisation à la pratique de l'activité physique est d'abord de déconstruire les idées reçues.

E2 : « Lui faire comprendre que l'activité physique, ce n'est pas du sport. »

SF1 : « Il y a encore des gens qui pensent que pendant la grossesse, il faut arrêter, il ne faut pas trop bouger. »

Ensuite, la plupart des participants abordent les aspects bénéfiques de l'activité physique.

SF1 : « Je fais une information sur les bénéfices santé. »

Il : « On revoit ensemble les bienfaits quand même. »

E2 : « Moi, je leur parle beaucoup de sensation, de bien-être. »

Parfois, quelques phrases "choc" permettent également d'avoir de l'impact et accompagnent le propos.

K2 : « Moi, il y a une phrase fétiche : le dos d'un haltérophile vieillit mieux que le dos d'une secrétaire. »

Enfin, certains participants utilisent des exemples concrets d'activité physique à réaliser dans la vie quotidienne.

SF1 : « Marcher de façon un petit peu plus dynamique qu'une petite balade plan-plan, de prendre les escaliers quand elles peuvent. »

M3 : « Je fais des exercices de type presque Pilates en passant l'aspirateur, en faisant la vaisselle, donc du gainage pendant la vaisselle. »

2.3.2. Prescription médicale d'activité physique

La prescription d'activité physique adaptée est un outil essentiel, utilisé notamment pour les patients atteints de maladies chroniques. Le médecin s'en sert pour aborder le sujet de l'activité physique et proposer une approche plus structurée et formalisée qu'un simple conseil.

M2 : « Je prescris avec Prescri'Mouv, et avant, je conseillais aux gens de reprendre une activité physique. »

Un des participants relève le fait qu'actuellement en France, la prescription d'activité physique ne peut se faire que par le médecin.

K1 : « C'est le médecin qui fait la prescription. »

Le sport sur ordonnance est utilisé comme un outil de bien-être et de prévention, différencié du sport compétitif. L'objectif, avant tout, est d'améliorer la qualité de vie, plutôt que de chercher des performances ou des résultats sportifs. C'est une stratégie thérapeutique à part entière.

E3 : « Sport santé c'est pas du tout de la compétition c'est vraiment sport bien-être, bah prise en charge non médicamenteuse en fait. »

2.3.3. Mise en œuvre de programmes adaptés

En Alsace, la prescription sur ordonnance d'activité physique est particulièrement développée, notamment avec le dispositif "Sport sur Ordonnance" pour les habitants de Strasbourg et le dispositif "Prescri'Mouv" pour les habitants non strasbourgeois.

M2 : « Je prescris avec Prescri'Mouv. »

M1 : « L'activité physique adaptée avec Sport Santé c'est quelque chose que je connais depuis longtemps et on a été très vite convaincus de l'intérêt de la chose. »

Ces dispositifs évoluent dans un cadre structuré et normé pour garantir la qualité des interventions en activité physique adaptée. L'éducateur doit répondre à des critères précis pour être reconnu comme compétent dans ce cadre spécifique.

E2 : « C'est l'éducateur qui va être labellisé, donc il faut qu'il ait un certain nombre de critères qui rentre dans le cahier des charges. »

E2 : « C'est important que les gens aient les formations santé et cet œil adapté. »

Au sein de ces programmes, l'accompagnement du patient ne se limite pas à l'encadrement physique. Les éducateurs doivent posséder des compétences en communication et en pédagogie, essentielles pour guider les patients dans la durée.

E2 : « La seule chose qu'on demande aux éducateurs pour les bilans, c'est d'avoir en plus soit de l'éducation thérapeutique (les 40h de formations), soit au moins une sensibilisation à l'entretien motivationnel. »

2.3.4. Accompagnement par l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel permet aux professionnels de santé d'inclure le patient dans sa prise en charge en renforçant sa motivation et son engagement vers le changement. Il est au cœur de la pratique des éducateurs en APA et des infirmiers ASALEE.

I1 : « L'entretien motivationnel, c'est la base de mon travail. »

E2 : « Mais moi, j'ai vraiment à cœur de faire l'entretien motivationnel. »

Un des aspects clés de l'entretien motivationnel décrit par plusieurs participants est le cadre bienveillant et non-jugeant dans lequel la personne peut s'exprimer librement.

E1 : « C'est un entretien motivationnel, ça va libérer la parole. »

E3 : « Essayer de le rassurer (...) faut déculpabiliser aussi. »

L'entretien motivationnel a également pour but d'amener le patient à trouver du sens dans ce qu'il exécute, de lui générer de la motivation personnelle.

E2 : « Car le patient, il accroche par ça, il n'accroche pas parce qu'il a levé 3 fois les jambes. »

Enfin on peut également retrouver le processus de reconquête personnelle (confiance en soi, le dépassement de soi) qui peut être une stratégie de l'entretien motivationnel pour favoriser l'adhésion de manière durable et positive.

I1 : « On est sur cette dynamique-là, à savoir reprendre confiance en ses capacités, dédramatiser, sortir de sa zone de confort, élargir son périmètre de marche. »

2.4. Objectifs poursuivis par les professionnels

2.4.1. Autonomisation des patients

Chaque participant a pour objectif, in fine, l'acquisition d'une autonomisation du patient. Tout l'enjeu est de réussir à maintenir la motivation via cette autonomisation.

E3 : « Une routine, et que le patient derrière il adopte un mode de vie plus actif. »

K2 : « Mon métier, à la base, c'est ça. Ce n'est pas rendre la personne dépendante mais de lui permettre de voler de ses propres ailes. »

I1 : « Qu'il se retrouve à marcher sans moi, ils n'ont pas besoin de moi pour marcher. Moi, je me rends juste disponible sur un créneau. »

2.4.2. Prévention et amélioration de la qualité de vie

L'objectif est également de faire évoluer les mentalités et d'insister sur l'idée que bouger au quotidien est suffisant pour entretenir sa santé.

E1 : « Les gens prennent conscience qu'il faut simplement bouger pour rester en bonne santé. »

M3 : « J'aimerais que la personne voie qu'elle progresse, qu'elle soit consciente de l'état qu'elle est. »

2.5. Barrières identifiées à la réalisation d'activité physique

2.5.1. Le coût

L'accessibilité financière des solutions proposées, telles que les programmes de sport-santé, est un enjeu de santé publique et de justice sociale majeur. La gratuité de l'activité physique adaptée est essentielle pour garantir son efficacité en tant que mesure de santé publique, permettant à tous, y compris les plus précaires, d'en bénéficier.

Or, actuellement, en Alsace, les dispositifs Sport Sur Ordonnance ou Prescri'Mouv' garantissent une prise en charge limitée dans le temps.

M1 : « Pourvu que je ne propose pas à quelqu'un qui ne peut pas trop y accéder (...) La gratuité de l'activité physique adaptée est un enjeu assez majeur quand même. »

K1 : « Ouais financièrement aussi, dès que l'année est écoulée, après ils ne font pas la démarche de s'inscrire à titre individuel. »

2.5.2. Le temps

L'argument du manque de temps est très souvent mentionné par les patients.

K2 : « Si c'est un jeune, je dis : « Est-ce que vous voulez attendre la retraite pour commencer quelque chose ? » parce que l'argument principal, c'est : « je n'ai pas le temps ». »

Des délais parfois longs pour intégrer les dispositifs de sport sur ordonnance sont soulignés par les professionnels de santé.

M2 : « Mais les gens, ils ont au moins 6 mois avant d'être convoqués ». »

Enfin, on retrouve également la difficulté de maintenir la motivation à long terme.

M2 : « C'est ça, ils sont super motivés, partant, mais 6 mois après : « Oh, c'était Noël, Docteur. Oh, c'était Pâques ». »

Et ce, malgré les dispositifs mis en place.

M1 : « Après, la difficulté de ces dispositifs, c'est que toujours un petit peu court dans la durée, et que la pérennisation de la motivation ne tient pas. »

2.5.3. L'accessibilité géographique

Un des participants soulève une problématique fréquemment rencontrée dans la promotion d'activité physique : la barrière géographique. En effet, pour de nombreuses personnes, la distance et l'accessibilité aux infrastructures de santé ou d'activité physique peuvent constituer un obstacle majeur. Cela est particulièrement vrai pour les populations plus vulnérables, telles que les personnes âgées ou celles vivant en milieu rural ou défavorisé.

M1 : « On pourrait l'enclencher en ayant quelque chose de plus proche de chez elle. »

3. Les dynamiques de coopération interprofessionnelle

3.1. Synergie au service de la santé

3.1.1. La complémentarité des rôles entre professionnels

Chaque professionnel de santé joue un rôle spécifique dans la promotion de l'activité physique. Ces rôles, bien que différents, se complètent pour offrir une prise en charge globale et cohérente.

E3 : « Il y a plus peut être la partie peut être soin avec le médecin, plus la partie bah comme on disait avant rééducation avec le kiné et la partie arriver à faire en sorte que le patient intègre un mode de vie plus actif avec l'APA. »

I1 : « Parce que c'est vrai que le médecin à ce côté très technique, euh, l'infirmier il a plus l'aspect sciences-humaines. »

C'est le constat que seul on est limité, mais ensemble on déplace des montagnes.

E2 : « Chacun a sa pierre à apporter à l'édifice. »

E2 : « Et pour moi, il faut travailler tous main dans la main, et c'est là où on apportera le plus de chose. »

Certains acteurs, comme l'infirmier ASALEE ou les enseignants en APA, disposent de plus de temps pour se consacrer à des tâches précises, telles que l'éducation thérapeutique, que les médecins, souvent contraints par des consultations plus courtes, ne peuvent pas toujours assumer. Ce temps supplémentaire permet d'apporter un soutien précieux aux patients, tout en allégeant la charge du médecin.

E2 : « Le médecin n'a pas le temps de faire ce travail d'éducation thérapeutique, de montrer des choses, donc je pense que c'est un vrai relai sur les APA. »

Il : « Par contre, l'infirmier ASALEE, lui, il a le temps. Parce que moi mes consultations c'est entre 30min et 1h. Et ce temps-là justement, est au bénéfice et du patient et du médecin. »

3.1.2. Le partage des connaissances et des ressources

Les participants soulignent l'importance de l'échange et de l'apprentissage mutuel pour améliorer la qualité des soins. Chacun met à profit son expertise pour offrir une prise en charge optimale au patient.

Il : « On s'alimente tous les deux (...) on a des compétences que n'a pas le médecin, et inversement. »

Le partage des ressources entre professionnels via des supports concrets permet d'enrichir l'écosystème de soins et de diffuser des informations.

E1 : « J'ai créé des flyers moi-même, je vais les distribuer chez les médecins. »

Ce partage, au-delà de la simple diffusion, a aussi pour objectif un accompagnement et un soutien entre acteurs de la santé. Il peut avoir un impact direct sur l'efficacité du travail des professionnels de santé.

K1 : « Parce que sinon les médecins ils ne le trouvent pas ou ils ne savent pas. Mais là si je leur donne le formulaire, il y a juste à le remplir, donc ça leur mâche le travail. »

3.1.3. La coordination comme facteur d'efficience

Le médecin généraliste est décrit par les participants comme le pilote central du parcours de soins du patient. Il joue un rôle clé dans l'orientation et l'articulation des différentes interventions de soins, afin de rendre le parcours du patient aussi fluide que possible.

K1 : « Pour moi, le médecin traitant, c'est un peu le coordinateur de tout ça ».

E1 : « Garder quand même le médecin bien au cœur du dispositif. »

Une meilleure coordination de la prise en charge est également rendue possible grâce à l'obtention d'une vision transversale. Celle-ci est alimentée par l'échange entre différents professionnels de santé, permettant ainsi une approche plus complète et intégrée du patient

I1 : « Des fois, il y a des choses que je vois que le médecin n'a pas vu ou inversement. C'est vraiment complémentaire. »

L'idée générale exprimée par les participants concernant la collaboration entre professionnels de santé est qu'elle va au-delà d'une simple coordination. Elle vise à optimiser les ressources et les actions pour un impact maximal.

K1 : « Plusieurs professionnels qui travaillent ensemble pour aller vers un même objectif. »

E1 : « C'est ça, la force d'une équipe pluridisciplinaire : c'est de pouvoir agir, déceler déjà quelle est la cause (...) et de pouvoir travailler dessus. »

Un des participants partage une réflexion sur l'évolution de la pratique médicale, soulignant la nécessité de collaborer avec d'autres professionnels de santé. Il critique l'idée d'une médecine isolée et met en avant une vision transversale et collective de la santé, où la synergie des différents acteurs est essentielle pour répondre aux enjeux contemporains.

I1 : « L'avenir de la médecine, c'est plus la même qu'avant. Le médecin tout seul dans son cabinet, il a une mort solitaire. »

3.2. Les obstacles identifiés

3.2.1. Communication insuffisante ou inefficace

La communication est essentielle à la collaboration interprofessionnelle, mais son absence ou ses dysfonctionnements peuvent devenir un frein majeur.

E3 : « J'ai déjà essayé de contacter des médecins par mail, mais je n'ai jamais de retour en fait. »

M1 : « La rareté de mes comptes-rendus écrit me font suspecter que la communication ne marche pas si bien que ça. »

Ce manque de communication limite la capacité à travailler ensemble efficacement, empêchant une approche coordonnée autour du patient.

E3 : « Comme je ne communique pas du tout avec les médecins, c'est dur de déterminer de quelle manière travailler, fin ce qu'on peut tous apporter ensemble au patient. »

Cette mauvaise communication est également alimentée par les contraintes, notamment temporelles, de chacun.

E1 : « Car moi pour attraper les médecins dans les maisons de santé, il faut que j'aie manger avec eux entre midi et deux. »

Tous les participants sont conscients de l'importance de celle-ci dans la démarche d'un exercice pluriprofessionnel. Ils expriment un besoin d'amélioration.

E1 : « Je pense qu'il y a encore ce travail de communication à faire, à améliorer ».

M1 : « Je suis demandeuse d'une meilleure communication pour mieux rebondir à la consultation suivante. »

3.2.2. Manque de confiance et appréhension envers les autres professions

La capacité d'orienter un patient repose non seulement sur la connaissance des structures disponibles, mais aussi sur la confiance accordée aux autres professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins. Lorsque ces derniers sont méconnus ou que leurs pratiques ne sont pas familières, une réticence naturelle à la collaboration se manifeste.

E2 : « C'est plus facile d'envoyer quelqu'un quand on sait où on l'envoie que dans l'inconnu. »

K1 : « Il faut se connaître, parce que sinon je pense que tu ne peux pas trop bien travailler, tu n'as pas confiance dans l'autre acteur qui va suivre le patient. »

On retrouve également une problématique de reconnaissance des compétences. Cette incertitude crée un frein à l'orientation, par crainte que le patient ne reçoive pas une prise en charge adéquate.

M2 : « Ce n'est pas que je ne veux pas les envoyer là, c'est que je ne sais pas si c'est des gens compétents. »

Certains participants soulignent l'écart de compréhension entre professionnels sur leurs rôles respectifs.

E2 : « Oui, les kinés n'ont pas forcément toujours bien compris... fin pour moi ça me semble assez clair, je ne vais pas faire de manipulation. »

K1 : « Je ne suis pas la prof de sport. »

D'autres expriment une forme d'incertitude quant à la pertinence ou l'efficacité des prises en charge d'autrui.

K1 : « Je ne veux pas non plus que ça parasite mon traitement. »

Enfin, un participant émet une inquiétude face à la redistribution des compétences entre les professions de santé, et une perception de concurrence interprofessionnelle plutôt que de complémentarité.

K2 : « Petit à petit, les STAPS ils prennent les créneaux qu'il y a à prendre, les sage-femme prennent la rééducation périnéale, les pédicures prennent la rééducation du pied. On se fait complètement phagocyté par plein d'autres métiers (...) il y a une espèce de fragmentation. »

3.2.3. Manque de formation

L'insuffisance de formation, qu'elle soit initiale ou continue, laisse certains professionnels peu à l'aise ou peu informés sur les nouvelles pratiques. Ces derniers peuvent se sentir perdus ou mal équipés pour utiliser de nouveaux outils, interventions ou approches (comme la prescription d'activité physique) s'ils ne bénéficient pas de formations suffisantes ou adaptées.

E2 : « Je pense que parfois c'est plutôt du fait de l'inconnu qu'ils ne prescrivent pas. »

M3 : « Concrètement, je ne sais pas comment faire. »

En effet, un des participants souligne que la compréhension est un prérequis à l'appropriation des nouvelles pratique. Cela suggère que sans une formation adéquate, les professionnels peuvent avoir du mal à intégrer de nouvelles pratiques dans leur exercice quotidien.

E2 : « Ils ont besoin de comprendre un petit peu plus pour pouvoir s'appropriier aussi les choses et de pouvoir les expliquer au patient. »

Par ailleurs, la formation médicale ne se limite pas uniquement à l'apprentissage des nouvelles recommandations ou pratiques. La formation interprofessionnelle joue également un rôle crucial. Le métier d'enseignant en activité physique (APA) en est un exemple. Les participants soulignent que l'absence de formation spécifique et de sensibilisation sur leur rôle professionnel peut conduire à des représentations erronées et limiter la reconnaissance de leurs compétences.

E2 : « Parce que même le rôle de l'enseignant en activité physique adapté, il n'est pas toujours très connu ni reconnu d'ailleurs, et les médecins parfois ne savent pas forcément ce qu'on fait, comment on fait. »

E3 : « Ils nous considèrent vraiment comme des animateurs, pour moi. »

3.2.4. Perception de hiérarchie et conflits de statuts

Le sentiment de hiérarchisation dans le milieu médical demeure encore présent, particulièrement entre les professions médicales et paramédicales, ce qui peut générer des réticences dans les interactions professionnelles.

SF1 : « Mais nous, en tant que sage-femme, on est quand même encore prise... un peu voilà on n'est pas médecin, donc moi parfois j'y vais à reculons. »

Les participants mentionnent également la dualité entre le secteur libéral et public.

En effet, le fait de ne pas appartenir à une structure collective peut être perçue comme un désavantage statutaire. Les professionnels libéraux peuvent se sentir mis à l'écart des décisions et des dynamiques collaboratives, contrairement à ceux qui travaillent dans des cadres institutionnels plus formalisés.

K2 : « Mais après, en libéral, si on ne fait pas partie d'une association ou d'une structure, il n'y a pas vraiment d'échange. »

L'aspect financier est aussi abordé. Ceux rémunérés à l'acte peuvent ressentir une pression financière et temporelle, tandis que les salariés bénéficient d'une plus grande stabilité, mais parfois avec moins de flexibilité.

M3 : « Il y a une dualité entre ceux qui sont rémunérés à l'acte et ceux qui sont salariés. »

K2 : « C'est très bien le sport sur ordonnance, mais encore une fois, ceux qui sont salariés prennent leur temps, et les libéraux, c'est compliqué. »

Cette dualité structurelle peut freiner la coopération interprofessionnelle si les professionnels ne partagent pas les mêmes contraintes et objectifs financiers.

4. La CPTS, outil de réseau interprofessionnel qui vise à renforcer l'exercice coordonné.

4.1. Mécanisme de partage d'informations et d'expérience

4.1.1. Partage de données et de savoir-faire

Le partage d'informations entre les différents professionnels de santé est essentiel afin d'assurer la continuité des soins, éviter les redondances et optimiser les interventions.

L'intégration de formations dans ces structures pluriprofessionnelles permet de partager le savoir-faire, d'échanger sur les bonnes pratiques cliniques et ainsi de combler le fossé entre la théorie enseignée et la réalité clinique.

M2 : « J'avais déjà suivi des formations (...) mais je ne savais pas comment faire, et c'est là que la CPTS m'a aidé. »

La mise à disposition d'outils simplifiés facilite l'engagement des médecins dans la promotion ou la prescription de l'activité physique adaptée, en simplifiant les démarches nécessaires.

M1 : « L'information du dispositif du numéro unique, ça c'est sûr que, ça, ça m'a aidé. »

M2 : « Déjà juste d'avoir les formulaires sur l'ordi, hop, je le sors et je le donne au patient. Ça c'est vraiment facile. »

La communication n'étant pas toujours optimale, un des participants suggère la création d'un outil de partage d'informations médicales commun à tous.

E3 : « Peut être un logiciel, ou une plateforme où on peut tous, bah, communiquer, mettre les infos essentielles dessus, mettre ce qu'on fait avec le patient dessus. »

D'autres évoquent le rôle de la CPTS en tant que relais d'informations entre les professionnels.

M1 : « Je pense que la CPTS (...) ça doit être un véhicule de ce type d'information. »

Enfin, un des participants propose que le partage de savoir-faire et d'informations via les CPTS pourrait également se faire à une échelle plus large et notamment en sensibilisant les générations futures.

Ce partage enrichirait à la fois la pratique des professionnels expérimentés et la formation des futurs soignants.

E2 : « Il y a vraiment des choses à faire avec les facs, même les facs de kiné, les écoles d'infirmières. »

4.1.2. Réseau d'expérience et de bonnes pratiques

Le partage d'expériences au sein d'une CPTS peut être une source d'apprentissage mutuel, un moyen de tirer parti des expériences des autres et d'identifier les bénéfices de certaines pratiques.

M3 : « De se rendre compte comment les autres s'en saisissent et, euh... et d'en trouver le bénéfice aussi, quoi. »

Les professionnels de santé préfèrent travailler avec des dispositifs éprouvés, fondés sur des retours d'expérience réels par des acteurs du terrain. En effet, comme le décrivent plusieurs participants, un dispositif qui a été testé et validé collectivement par plusieurs professionnels garantit son efficacité et rassure tous les acteurs impliqués.

M1 : « Toujours très agréable d'avoir un dispositif qui a été testé (...) et que ce n'est pas juste l'idée de quelqu'un qui va lancer ce machin-là. »

M3 : « Bah si ça se pérennise et si ça se généralise, c'est que c'est plutôt bon. »

4.2. Création de lien interprofessionnel

4.2.1. D'une connaissance vers une confiance

La connaissance des collègues et la proximité physique ou professionnelle au sein d'une structure commune facilitent la confiance et les échanges entre les différents intervenants. Le

cadre structuré peut être une maison urbaine de santé, comme mentionné par des participants, ou, par extension, une CPTS.

E1 : « Je les connais parce que, vu que je suis dans la maison urbaine de santé. »

E3 : « Travailler dans une maison de santé ça permet vraiment de travailler avec les différents professionnels de santé et de pouvoir échanger. »

Les participants soulignent également l'importance d'une approche proactive du lien interprofessionnel, facilitant la collaboration et l'orientation des patients. Cette dynamique s'inscrit pleinement dans l'objectif des CPTS, qui cherchent à renforcer la coordination des soins et à optimiser le parcours du patient.

S1 : « Moi, en fait, je n'hésite pas à aller pour moi chez les généralistes ou les ostéos, et après, je vais adresser un peu plus facilement les femmes à telle ou telle personne. »

E1 : « Il y a, chez eux, une infirmière qui fait déjà une marche une fois par semaine, je suis allé les voir. »

4.2.2. Construction d'une dynamique collective

La CPTS joue un rôle central dans la création de liens entre les différents professionnels de santé. En favorisant des rencontres régulières et variées, elle renforce le sentiment d'appartenance à un réseau et permet de maintenir des liens interprofessionnels solides.

M1 : « Réunion préalable où on a discuté tous ensemble, et c'est beaucoup plus facile de parler à quelqu'un qu'on a vu en vrai, avec qui on a discuté autour d'un petit four. »

M3 : « Les réunions en présentiel ont quand même cet intérêt de renforcer les liens. »

On note des efforts déployés pour favoriser l'engagement des professionnels de santé via une diversification des formats. Le but étant de permettre une participation plus large et plus flexible.

E2 : « *Il y a eu des soirées pour les médecins, il y a eu de la visio, il y a eu du présentiel.* »

Ces rencontres interprofessionnelles permettent également de mieux comprendre le rôle et les compétences de chacun.

E2 : « *Faire passer ce message aux médecins, qu'on fait tout ça parce que c'est un gros travail, ce n'est pas juste les regarder sur le vélo pédaler, il y a tout ce travail derrière d'entretien motivationnel.* »

E2 : « *L'idée, c'est vraiment pouvoir aller au plus près d'eux et leur dire : bah voilà comment on le fait, on a des bilans, on a des tests de conditions physique, on a des questionnaires. Voilà, c'est bien rôdé, c'est bien cadré, les patients sont accompagnés comme ça.* »

Par ailleurs, un des participants suggère que l'activité physique pourrait jouer un double rôle dans une CPTS : un levier pour fédérer les professionnels autour d'une thématique commune et une opportunité d'améliorer leur bien-être tout en facilitant la coopération.

M1 : « *La CPTS peut peut-être même utiliser l'activité physique adaptée pour être "plus sexy" auprès des professionnels (...), proposer aux professionnels de santé, d'avoir une activité physique adaptée eux-mêmes (...) ça pourrait être un lieu de rencontre.* »

4.3. Rôle de relai entre les secteurs médical et social

4.3.1. Une coordination entre soins de ville, hôpital et acteurs sociaux

Un des participants mentionne des actions de dépistage et de prévention, qui montrent que les CPTS ne se limitent pas à l'organisation des soins curatifs, mais jouent également un rôle proactif dans la santé publique. En organisant des campagnes de prévention et de dépistage, les CPTS assurent un lien direct entre les soins médicaux et les actions sociales, en touchant un public qui ne fréquente pas systématiquement les structures de soins classiques.

Elles permettent aussi d'impliquer des acteurs non médicaux (éducateurs, assistants sociaux, collectivités...), garantissant ainsi une approche plus transversale et inclusive de la santé.

E1 : « Mais je sais qu'en tout cas, avec la CPTS, il y avait déjà eu des actions menées sur les dépistages, sur la prévention, et puis là, des actions (...) qui vont se mettre en place. »

Ce rôle de coordination pluriprofessionnelle des CPTS est aussi mentionné par un des participants notamment pour les maladies chroniques. En effet, en raison de leur nature longue et complexe, les pathologies chroniques nécessitent une approche plus intégrée, impliquant plusieurs niveaux de soins : soins de ville, hospitaliers et sociaux.

M1 : « Ce qui réunit par la CPTS, c'est principalement les patients chroniques, car c'est là où on est le plus pluripro. »

4.3.2. Une interface entre santé et collectivités locales

Plusieurs participants soulignent le rôle des collectivités locales dans la promotion de la santé et l'articulation entre les structures municipales et les professionnels de santé pour faciliter l'accès à l'activité physique.

E3 : « J'interviens aussi à la mairie de Schiltigheim où, pareil, c'est la mairie qui appelle les gens et moi, je les vois là-bas directement pour les envoyer après faire de l'activité. »

I1 : « On a rencontré la ville de Schiltigheim, qui avait mis en place, dans le cadre du sport-santé, des aides financières justement (...) Et sur Bischheim, il y avait des actions de promotion de la santé qui avaient été envisagées. »

Les CPTS peuvent jouer le rôle de passerelle entre le secteur médical et les collectivités locales, notamment en organisant des rencontres interprofessionnelles et territoriales. En réunissant associations et représentants municipaux, ces rencontres permettent de mieux connaître les dispositifs existants et d'identifier des synergies possibles.

I1 : « Tous les mois, "La rencontre des partenaires", ont un petit déjeuner des partenaires sur le quartier, donc il y a toutes les associations et les représentants de la ville de Strasbourg qui se retrouvent ici et on tourne. »

M3 : « Il y a des projets qui se montent entre les associations. »

Un des participants met en avant le fait que sa connaissance d'associations existantes lui a permis de ne pas se limiter à la prise en charge des symptômes uniquement, mais également de proposer un accompagnement adapté aux besoins spécifiques du patient (bien-être, inclusion sociale, soutien psychologique, activité physique adaptée...).

I1 : « Je l'ai envoyé vers l'association Le Parcours, qui travaille sur l'image de soi. »

4.3.3. Un ancrage local des actions de santé publique

Une des missions des CPTS est de cartographier les ressources locales (professionnels de santé, associations, dispositifs de prévention...), comme l'évoque un des participants. Cela a pour but de mieux structurer les parcours de soins.

Il : « On a essayé de recenser ce qui existe, de voir un petit peu dans quelle mesure on pourrait mettre en place des actions sur la santé, sur le terrain. »

La promotion de l'activité physique peut également s'appuyer sur des actions concrètes de sensibilisation associées aux infrastructures locales. L'initiative ne se limite pas à parler d'activité physique, elle intègre directement l'environnement urbain (street workout, espaces publics...).

Il : « Sinon, j'avais fait un café-santé sur l'activité physique (...) on a fait carrément un atelier complet. Donc, en fait, on est allés marcher, il a fait la promotion de tous les street workouts qui ont été installés dans le quartier. On avait jumelé, en fait, l'installation du matériel avec sa venue pour expliquer comment ça marche. »

Ce verbatim montre également l'importance des actions de terrain, qui permettent d'atteindre directement la population et d'adapter les messages aux réalités locales.

4.3.4. Une vision moderne et collaborative de la santé

Avec l'existence des CPTS, la promotion de la santé peut évoluer à plus grande échelle. En effet, la prévention ne se limite pas au cadre médical, mais s'intègre pleinement dans le tissu social et territorial.

M1 : « Je dirais même de la promotion de la santé hors les murs (..) s'associer justement avec les partenaires du territoire pour créer justement des partenariats, pour faire autre chose soit au sein du cabinet soit ailleurs. »

Cela peut se traduire par des actions dans des lieux de vie (écoles, entreprises, espaces publics...) afin de rendre la prévention plus accessible et inclusive.

4.4. Difficultés et questionnements

4.4.1. Complexité administrative et lourdeur organisationnelle

Malgré ses ambitions de renforcer l'exercice coordonné et de favoriser les collaborations interprofessionnelles, les CPTS suscitent encore des débats. Certains professionnels soulignent des limites liées à leur fonctionnement, comme des contraintes administratives ou des difficultés de mise en œuvre.

M2 : « Bah, je pense que l'idée elle est belle, mais que c'est lourd à mettre en place. »

Un des participants souligne l'importance de la flexibilité et de l'absence de contraintes excessives pour encourager l'engagement des professionnels de santé dans les CPTS. Si les contraintes deviennent trop lourdes ou contraignantes, elles risquent de nuire à l'implication et à l'efficacité de ces structures.

M2 : « Et il n'y a pas de contraintes, c'est pour ça que je suis rentrée, mais je me suis dit : le jour où il y a des contraintes, je ressors. »

4.4.2. Contraintes temporelles et incitations financières

L'équilibre entre les priorités professionnelles et les engagements collectifs est soulevé par plusieurs participants. Dans un cadre de travail très chargé, il est souvent difficile de concilier les responsabilités professionnelles immédiates avec des projets de coordination ou de prévention qui nécessitent du temps, de l'investissement personnel et une planification.

I1 : « je n'ai pas été très assidu, parce que justement par manque de temps. »

K2 : « Ce genre de structures prend toujours beaucoup de temps : quand on est en libéral, et bah euh, prendre 2h pour des réunions, on va dire que c'est deux heures qui ne sont pas rémunérées, et il faut prendre sur son temps libre. »

Le verbatim suivant révèle que certains professionnels s'inscrivent dans les CPTS principalement en raison des incitations financières, sans nécessairement être motivés par un engagement profond envers les objectifs de ces structures.

M3 : « Je n'ai été inscrit à la CPTS que pour être "dans les clous » pour les forfaits qui compensent les honoraires indécents. »

M2 : « Je suis rentrée à la CPTS pour Ameli, pour avoir le forfait. »

4.4.3. Manque de résultats concrets et mesurables

Bien que ces structures aient des objectifs ambitieux (amélioration de la coordination des soins, réduction des inégalités d'accès à la santé...), il peut exister une perception de lenteur dans l'obtention des résultats ou une difficulté à évaluer précisément leur efficacité.

M2 : « C'est chronophage... et pas beaucoup de résultats. »

4.4.4. Manque de connaissance sur le rôle des CPTS

Un des participants met en évidence le manque de compréhension et de sensibilisation concernant le rôle de ces structures. Il souligne également l'impact du contexte de réformes et de controverses dans le secteur de la santé qui ont fait émerger des perceptions négatives du projet.

M3 : « Le problème, c'est que c'est venu dans une période déjà de polémiques avec les IPA, les réformes de santé, etc., donc on a surtout vu le côté négatif du projet. »

IV. DISCUSSION

1. Résultats en contexte

1.1. Reconnaissance de l'activité physique comme un pilier de la santé et du bien-être

Les résultats de notre étude révèlent une prise de conscience croissante parmi les professionnels de santé de l'importance de l'activité physique. On constate une reconnaissance unanime de son impact positif sur la santé. Celle-ci est perçue comme un outil de prévention, tant en primaire qu'en secondaire, permettant de réduire les facteurs de risque et d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Ces professionnels trouvent confirmation de leur conviction dans l'expertise de l'ANSES en 2016, qui conclut qu'une activité physique régulière est associée à une diminution de la mortalité précoce comprise entre 29% et 41% (17). De la même manière, un groupe d'experts de l'INSERM, dans sa synthèse de 2019, considère que l'activité physique fait partie intégrante des maladies chroniques avec des bénéfices en prévention secondaire et tertiaire avérés (cf. annexe 3). Les auteurs y recommandent une prescription précoce et systématique en première intention et notamment avant tout traitement médicamenteux pour la dépression légère à modérée, le diabète de type 2, l'obésité, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (18).

Au-delà de ses effets médicaux, l'activité physique est également considérée par les différents professionnels interrogés comme un vecteur de bien-être, favorisant l'équilibre psychologique, la gestion du stress et l'amélioration de la qualité de vie des patients. Ces bénéfices sont en accord avec les résultats de plusieurs études. C'est le cas d'une étude réalisée chez des enfants de 8 à 12 ans qui a permis de montrer que l'activité physique améliore la gestion de leurs émotions et de leurs comportements prosociaux (19). C'est également le cas chez les personnes

âgées, pour qui elle favorise la santé cognitive et mentale et diminue les risques de détérioration cognitive (20).

Par ailleurs, son impact social est aussi largement souligné, notamment son rôle dans le maintien du lien social, la lutte contre l'isolement et l'insertion dans une dynamique collective. Comme exprimé par Christophe Dias, chargé de mission sport et développement à l'Agence Française de Développement (AFD) : *“Dans les grands stades comme sur les petits terrains de proximité, le sport inspire, fédère et rassemble les filles et les garçons, les jeunes et les plus âgés, les différents milieux sociaux... Et les grands événements sportifs en accélèrent les effets”* (21). De ce constat, un projet vaudois de programme d'activité physique intergénérationnel est né. En effet, l'enquête menée auprès de femmes âgées vaudoises a permis de constater que le mélange des trois générations (enfant, adulte, senior) pourrait favoriser leur engagement et que leur motivation principale pour rejoindre les cours réside dans les interactions sociales (22). Cependant, pour que ces bénéfices se concrétisent pleinement, une synergie entre les différents acteurs de la santé est indispensable, ce qui nous amène à discuter de l'importance des dynamiques de coopération interprofessionnelle.

1.2. Une mobilisation pluriprofessionnelle pour intégrer l'activité physique

Comme explicité par nos résultats, chaque professionnel de santé joue un rôle différent dans la promotion d'activité physique : les médecins se concentrent principalement sur la sensibilisation et la prescription médicale d'activité physique ; les kinésithérapeutes et les professionnels de l'APA ont un rôle plus direct dans l'exécution et l'accompagnement des activités physiques adaptées ; tandis que les infirmiers, notamment ceux exerçant dans le cadre du programme ASALEE, interviennent davantage en soutien et en maintien de la motivation,

en s'appuyant sur des entretiens motivationnels pour encourager la persévérance des patients. On constate que tous ces rôles sont intriqués et forment une chaîne de complémentarité. Un article publié dans la Revue Française des Affaires Sociales souligne ce concept en explorant la dynamique de la division du travail au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Il met en évidence que la complémentarité repose sur l'apport spécifique de chaque métier, sans transfert de tâches, mais avec une collaboration optimisée pour une prise en charge globale et efficace du patient (23).

Tous les participants de notre étude s'accordent sur le fait que la collaboration pluriprofessionnelle vise une amélioration de la qualité des soins. On retrouve cette vision dans d'autres thèses explorant les souhaits des professionnels de santé concernant la mise en place de ce type d'exercice. Il en ressort principalement une optimisation de la qualité et de l'accès aux soins ainsi qu'une amélioration des conditions d'exercices (24,25). En comparaison avec la France, où l'exercice collectif reste moins développé, d'autres pays comme la Finlande, la Suède, et le Royaume-Uni ont largement adopté l'exercice pluriprofessionnel. Il semble avoir un impact positif sur la qualité des soins, renforçant l'efficacité des parcours de soins (26). Cela est également en accord avec la thèse du Dr Rimetz-Pal qui révèle que les patients perçoivent une amélioration de la qualité des soins, notamment grâce à la continuité des soins (27).

Par ailleurs, les résultats de notre étude mettent en avant le fait que l'exercice pluriprofessionnel favorise le partage de connaissances et des ressources contribuant ainsi à une amélioration des pratiques professionnelles. C'est également ce que retrouve le Dr Bernigole dans sa thèse qualitative qui explore les bénéfices de l'exercice coordonné en MSP. Elle démontre que le partage des compétences entre sage-femmes et médecins généralistes se fait naturellement et améliore la prise en charge globale des patientes (24).

Enfin, un autre point clé abordé par les professionnels au sein de notre étude concerne l'amélioration des parcours de soins, notamment pour les maladies chroniques, via une

meilleure coordination des soins. D'après une enquête réalisée en Occitanie sur l'état des lieux de l'exercice des médecins en MSP, plus de 70 % des répondants estiment que la prise en charge des situations polyopathologiques complexes et l'accès facilité à un médecin ou à un autre professionnel de santé est positivement impacté (28). Une autre étude explore l'intérêt croissant du regroupement des médecins généralistes avec d'autres professionnels de santé, soulignant que cette organisation favorise la coordination des soins notamment la coopération entre généralistes et infirmiers ASALEE pour la prise en charge des patients diabétiques de type 2 (29).

Toutefois, la mise en œuvre de cette coopération pluriprofessionnelle n'est pas toujours simple. Notre étude identifie plusieurs difficultés à l'exercice pluriprofessionnel. On peut les retrouver dans la littérature chez des professionnels exerçant en structures de soins regroupées ou non :

- L'un des obstacles les plus mentionnés par les participants est la communication qui est décrite comme mauvaise voire inefficace. C'est également ce qu'a constaté le Dr Chabot dans sa thèse qui explore la communication entre médecins généralistes et paramédicaux. Il décrit une mauvaise communication du fait d'un manque de temps, de difficulté d'accessibilité des différents intervenants, d'une méconnaissance de l'autre, de son mode d'exercice et de ses compétences professionnelles, et enfin un manque de relationnel (30). Le Dr Begot ajoutera dans sa thèse que les outils de communication sont peu appropriés notamment via des prescriptions le plus souvent inadaptées (31).
- Certains participants nous ont également fait part de méfiance et de réticence à collaborer avec des professions qu'ils connaissent moins bien (notamment les APA et les infirmiers ASALEE). En effet, une étude publiée dans le Canadian Medical Association Journal indique que la collaboration interprofessionnelle nécessite une compréhension claire des responsabilités de chaque profession. L'absence de cette

compréhension peut entraîner des réticences à collaborer, notamment avec des professions moins connues (32).

- Enfin, la problématique de hiérarchie professionnelle et de différences de statuts, qui est vécue comme une source de tension et de résistance, est abordée par plusieurs participants. Cela est confirmé par l'article de Nadège Vezinat sur le travail collégial dans les MSP et qui met en évidence que les hiérarchies traditionnelles et les statuts distincts influencent les relations interprofessionnelles et peuvent nuire à une véritable coopération (33).

Ainsi on constate que l'exercice pluriprofessionnel améliore la qualité des soins en favorisant une prise en charge plus complète et mieux coordonnée, réduisant ainsi les erreurs et les actes redondants. Il facilite le partage des connaissances entre professionnels, renforce la satisfaction des soignants et des patients, et optimise le parcours de soins. Il présente aussi des limites qui sont actuellement des défis à relever en termes de communication, d'organisation, et de réticences à collaborer.

En ce qui concerne la promotion de l'activité physique, l'exercice pluridisciplinaire s'avère primordial du fait des nombreux intervenants qu'ils soient professionnels du secteur de la santé, du sport ou du social. Ainsi, l'approche pluriprofessionnel mais surtout territorial des CPTS apparait comme une réponse pour permettre une meilleure intégration de l'activité physique dans le parcours de soin des patients.

1.3. Les contributions des CPTS à l'exercice coordonné et à la promotion de l'activité physique

Comme décrit dans notre introduction, encore trop peu de médecins prescrivent du sport sur ordonnance. Cela est principalement lié à un manque de formation et de facilité de prescription

(34). Pour répondre à ce besoin, la CPTS Cosen a organisé plusieurs formations sur la prescription d'activité physique animées par des professionnels du secteur médico-sportif. Notre étude montre que cette formation a permis aux participants de mieux comprendre le fonctionnement du sport-santé et la manière dont ils peuvent l'enclencher. Elle a aussi permis la mise à disposition d'outils adaptés pour faciliter la prescription. On peut corrélérer ces résultats à ceux de la thèse du Dr Scheer qui souligne que la participation à une formation initiale sur la prescription d'activité physique a aidé à lever les freins liés au manque de connaissance sur les modalités légales et pratiques, et semble avoir permis aux médecins d'être plus à l'aise dans la prescription d'APA (35). Ainsi en tant que structures interprofessionnelles, les CPTS peuvent faciliter le partage d'informations et d'expériences entre les différents acteurs de santé.

Elle peut également faciliter le partage d'information auprès du grand public. Par exemple, la CPTS Cosen possède son propre site internet (36) qui peut être consulté aussi bien par les patients que les professionnels de santé. L'information de réalisation de formation concernant la prescription d'AP y est mentionnée. On peut aussi prendre l'exemple de la CPTS du Pays de Redon en Bretagne qui a recensé sur son site internet l'ensemble des programmes d'activité physique existants sur son territoire avec les dates, horaires et lieux à titre informatif (37). La CPTS Pays des Sources en Alsace, quant à elle, a publié sur son site internet une affiche informative à destination des patients et des professionnels de santé concernant le réseau communal sport-santé (38). Ce rôle de vecteur d'information, de partage de ressources et d'expérience à plus grande échelle est un atout phare des CPTS.

Les résultats de notre étude mettent en avant un autre rôle clé des CPTS : la création de liens interprofessionnels. Les participants relèvent que les temps de formation tout comme les temps d'échange pluriprofessionnel favorisent la confiance entre les professionnels de santé et permettent aux soignants de mieux comprendre les rôles et compétences de chacun. L'éducation interprofessionnelle (EIP) est une notion qui existe depuis longtemps dans le domaine de la

santé mais qui prend du poids ces dernières années avec l'exercice pluriprofessionnel. En effet, l'OMS qui préconise l'EIP depuis 1978, la positionne comme une stratégie ayant à la fois le potentiel de favoriser de meilleurs résultats cliniques pour le patient tout en optimisant la gestion de la pénurie mondiale de personnel de santé (39). Ce cas a été illustré lors de la crise COVID-19 où, selon un rapport du Ministère de la Santé, les CPTS ont été particulièrement actives, facilitant la coordination entre les professionnels de santé et renforçant ainsi les liens interprofessionnels (40,41).

Notre étude constate que, parmi les difficultés à la réalisation de l'activité physique décrites par les patients aux participants, on retrouve l'accessibilité financière et géographique. Or, comme l'a démontré le Dr Orsi dans son travail explorant les missions des CPTS des Alpes Maritimes, une des principales forces des CPTS réside dans leur capacité à servir d'interface entre les secteurs médical et social (42). Nos résultats corroborent ce constat en montrant que les collectivités locales s'engagent à améliorer l'accès à l'activité physique via des collaborations avec des associations locales déjà labellisées sport-santé mais aussi via l'utilisation des infrastructures locales. Si l'on regarde à l'échelle territoriale, l'enquête menée par la Fédération Nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (FCPTS) en 2024 révèle que 68,3% des CPTS collaborent avec une maison de sport-santé de son territoire (15). Ainsi les CPTS participent activement à l'ancrage local des actions de santé publique, permettant une promotion de l'activité physique plus accessible et mieux intégrée dans la vie quotidienne des populations.

Par ailleurs, un des participants de notre étude souligne le rôle de coordination entre les soins de ville, les hôpitaux et les acteurs sociaux notamment vis-à-vis des patients chroniques. On retrouve ce rôle dans plusieurs projets portés par des CPTS. C'est le cas du programme ICOPE de l'OMS qui est déployé dans le Haut-Rhin par les CPTS de Colmar et de Mulhouse (43,44). Ce programme vise à repérer précocement la perte d'autonomie fonctionnelle chez les

personnes âgées en incitant les seniors à se tester régulièrement via des tests tels que celui du relevé de chaise au travers d'une application mobile. Ainsi, si une fragilité est repérée, une évaluation approfondie est réalisée et un suivi personnalisé est mis en place avec les différents acteurs médico-sociaux du territoire (45). On retrouve également cette coordination dans les CPTS de la région PACA à travers un outil collaboratif nommé "Azurezo". Ce dernier propose un dossier centralisé de suivi entre les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social permettant une prise en charge optimale des patients (41,46,47). Cette notion de coordination ville-hôpital notamment dans les pathologies chroniques est explorée par le Dr Laaribi dans sa thèse et démontre l'importance d'une approche systémique, en soulignant le rôle des CPTS dans la coordination des soins entre les différents acteurs du système de santé (48).

Ainsi, les CPTS permet aux autres acteurs (hôpital, social...) d'identifier un interlocuteur et un partenaire et facilitent la possibilité de mutualiser des ressources au niveau territorial.

La CPTS, en tant que structures d'exercice coordonné à échelle territoriale, représente donc un levier stratégique pour transformer les défis de l'exercice pluriprofessionnel en opportunités. Elle favorise la promotion de l'activité physique à l'échelle locale via une prise en charge plus complète des patients avec une meilleure intégration des actions de prévention et de santé publique.

1.4. Défis et controverses autour des CPTS

Cependant, les résultats de notre étude décèlent des difficultés à leur mise en place et leur fonctionnement.

Ces derniers ont montré que plusieurs professionnels de santé perçoivent la structuration des CPTS comme un processus long et fastidieux, nécessitant une gestion administrative conséquente qui peut détourner du temps dédié aux soins. Cette charge organisationnelle peut

freiner leur adhésion et limiter l'efficacité des actions mises en place. On retrouve également ces freins dans l'étude menée par le Dr Navinel au sein de la CPTS Orléanaise (49). De plus, cet investissement est vécu par certains participants comme une perte financière et une charge supplémentaire sur leur temps libre. D'après le Rapport "Tour de France des CPTS" du Ministère de la Santé, il existe un décret (celui du 16 mars 2022) qui établit les conditions d'indemnisation ou de rémunération des professionnels membres des CPTS pour leur participation aux missions (40). Cependant comme décrit par nos résultats, celui-ci reste flou pour les professionnels. Cette problématique soulève la nécessité d'explicitier et de valoriser davantage l'implication dans ces structures.

Un autre point de tension relevé par un participant de l'étude concerne le manque de résultats concrets et mesurables. Le Rapport "Tour de France des CPTS" souligne que, malgré le déploiement rapide des CPTS et une couverture territoriale en progression, il est nécessaire de poser de nouveaux jalons pour entretenir cette dynamique. Cela inclut la mise en place d'un suivi harmonisé et d'une évaluation de l'impact des CPTS, afin de guider stratégiquement leur développement et de démontrer leur utilité aux professionnels de santé (40). L'absence d'indicateurs clairs et de retours quantifiables peut alimenter un sentiment de scepticisme parmi les professionnels et limiter l'enthousiasme quant à leur engagement au sein de ces structures. Enfin, le dernier obstacle évoqué dans notre étude est le manque de connaissance sur le rôle des CPTS. D'après la thèse du Dr Khademi, réalisée en 2021 au sein des médecins généralistes exerçant en France Métropolitaine et inscrits à la Société Française de Médecine Générale, 44% des participants ne connaissaient pas ou pas assez les principes du projet de CPTS (50). Cette méconnaissance peut engendrer des réticences à intégrer une CPTS. Par ailleurs, le Dr Khademi a également identifié quatre catégories distinctes de médecins généralistes selon leur perception du projet de CPTS. Deux classes opposées se distinguent : les « réticents » (18,9 %), opposés à toute implication, souvent isolés professionnellement et satisfaits de leur mode d'exercice, et

les « inconditionnels » (9,3 %), pleinement engagés et moteurs du projet. La majorité des médecins appartient aux classes intermédiaires : les « mitigés » (37,2 %), exprimant des craintes et un manque de connaissance sur les CPTS, et les « enthousiastes » (34,6 %), favorables à la dynamique mais nécessitant davantage d'information et d'intégration progressive. Suite à cette catégorisation, il suggère qu'un système de parrainage entre les médecins les moins impliqués (« les réticents et les mitigés ») et ceux plus motivés (« les inconditionnels et les enthousiastes ») pourrait être intéressant pour favoriser un déploiement plus rapide et efficace des CPTS (50).

Ainsi, si les CPTS représentent un levier intéressant pour renforcer la coopération interprofessionnelle et améliorer l'organisation des soins de proximité, leur pleine efficacité dépendra de leur capacité à surmonter ces obstacles structurels et organisationnels.

2. Forces et limites de l'étude

L'étude possède plusieurs limites qui peuvent restreindre la généralisation des résultats :

- Échantillon restreint : Le nombre d'entretiens est relativement limité, ce qui peut restreindre la généralisation des résultats à l'ensemble des professionnels de santé travaillant dans les CPTS. La diversité des disciplines interviewées est une force, mais cela peut aussi entraîner une hétérogénéité dans les réponses qui rend difficile de dégager des tendances globales.
- Biais de sélection : Les professionnels de santé participant à l'étude sont ceux qui ont accepté de répondre à l'invitation. Cela pourrait introduire un biais de sélection, en excluant des perspectives d'individus qui sont soit trop réticents à participer, soit désengagés du projet des CPTS, mais dont les perceptions pourraient être importantes.

- Réponse biaisée des participants : Les entretiens peuvent être influencés par le biais social ou par le désir des participants de présenter une image positive de leur engagement dans les CPTS. Certaines réticences ou critiques pourraient être sous-représentées si les participants ne se sentent pas à l'aise pour exprimer des désaccords.
- Absence de suivi à long terme : Étant donné qu'il s'agit d'une étude ponctuelle, elle ne permet pas de suivre l'évolution des perceptions et pratiques des professionnels de santé au fil du temps, ni de mesurer les impacts à long terme des actions menées au sein des CPTS.

Cependant, cette étude possède aussi des points forts :

- Son approche qualitative permet de recueillir des informations riches et détaillées sur les perceptions et les pratiques des professionnels de santé.
- La diversité des professionnels interrogés permet d'explorer les rôles spécifiques de chaque acteur et leur contribution à la promotion de l'activité physique dans les CPTS, tout en illustrant la complémentarité des pratiques.
- Sa pertinence, compte tenu de la montée de l'intérêt pour la prévention et la gestion des maladies chroniques par l'activité physique, cette thèse touche un sujet d'actualité dans la santé publique, avec des implications directes pour l'amélioration des parcours de soins et l'organisation de la santé sur le territoire.

3. Perspectives

Les perspectives de cette étude sont diverses et offrent plusieurs pistes de développement, tant pour la recherche que pour la pratique.

Perspective n°1 : Évaluation de l'efficacité des CPTS sur la santé des populations.

- Mener des recherches visant à quantifier l'impact des CPTS sur la prise en charge des patients et l'amélioration de leur santé grâce à des indicateurs clairs (accès à l'activité physique, diminution des risques de maladies chroniques, qualité de vie, etc.).
- Évaluer les retombées concrètes des actions de promotion de l'activité physique sur la réduction des inégalités de santé, notamment en termes d'accès à l'activité physique et de mise en œuvre des recommandations de santé publique.

Perspective n°2 : Analyse approfondie des barrières et leviers à l'engagement des professionnels de santé dans les CPTS

- Explorer plus en détail les facteurs qui influencent l'engagement des professionnels de santé dans les CPTS, notamment les facteurs organisationnels (gestion du temps, incitations financières), mais aussi les facteurs psychologiques et culturels (crainte du changement, perception du travail collaboratif, etc.).

Perspective n°3 : Mise en œuvre de stratégies de communication et de coordination

- Développer des outils de communication adaptés pour améliorer la coordination interprofessionnelle, en particulier en ce qui concerne la promotion de l'activité physique au sein des CPTS.

Perspective n°4 : Implication des patients dans les initiatives de promotion de l'activité physique

- Explorer les perceptions des patients quant aux actions menées par les CPTS et leur implication dans les programmes d'activité physique, pour identifier les leviers qui

pourraient renforcer leur participation et leur motivation à adopter des comportements plus actifs.

Perspective n° 5 : Évaluation de la collaboration interprofessionnelle dans la pratique clinique

- Envisager une étude plus approfondie sur les dynamiques de collaboration entre les différents professionnels de santé au sein des CPTS pour mettre en lumière les meilleures pratiques de travail en équipe, les défis rencontrés, ainsi que les mécanismes de gestion des tensions.

Enfin, d'un point de vue méthodologique, il pourrait être intéressant d'élargir l'échantillon en incluant un plus grand nombre de professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, etc.) ainsi que des professionnels issus d'autres structures (hôpitaux, maisons de santé, établissements médico-sociaux) pour mieux cerner les dynamiques de coopération.

Il pourrait également être intéressant de mener une étude de suivi à long terme pour évaluer l'évolution des perceptions des professionnels de santé concernant l'activité physique dans les CPTS et mesurer l'impact de leur implication sur la prise en charge des patients. Ainsi que de suivre l'impact des actions de promotion de l'activité physique sur les indicateurs de santé publique à l'échelle des territoires.

V. CONCLUSION

Cette thèse s'inscrit dans un contexte sanitaire marqué par l'augmentation des maladies chroniques et la place centrale de la promotion de l'activité physique dans les politiques de santé. L'étude prend d'autant plus d'importance aujourd'hui, avec les CPTS au cœur de la réforme de l'organisation des soins en France. L'accent mis sur l'activité physique dans les stratégies de santé publique, combiné aux défis de l'exercice coordonné et pluri professionnel, souligne la nécessité d'une analyse approfondie des pratiques et des perceptions des professionnels concernés.

Ainsi l'objectif de cette étude était d'explorer la manière dont les professionnels, au sein des CPTS, perçoivent et mettent en œuvre la promotion de l'activité physique. Plusieurs éléments clés ont émergé de cette analyse qualitative.

Premièrement, les professionnels de santé s'accordent largement sur les bienfaits de l'activité physique pour la santé, tant comme moyen de prévention que de traitement. L'activité physique est perçue non seulement comme un facteur de bien-être individuel qu'il soit physique ou mental, mais également comme un vecteur de bien-être social. Les professionnels de santé se sont également montrés impliqués dans l'utilisation de multiples outils pour la mise en œuvre de ces actions, notamment la prescription d'activité physique, la sensibilisation des patients, et l'utilisation de l'entretien motivationnel pour faciliter l'engagement des patients dans leur parcours de santé.

La mise en œuvre efficace de ces pratiques nécessite une coordination entre les différents acteurs de santé, chaque profession apportant ses compétences et son expertise dans la prise en charge des patients. L'exercice pluriprofessionnel apparaît comme un levier essentiel pour la promotion de l'activité physique en mobilisant et coordonnant les compétences des différents professionnels de santé autour de la prise en charge globale du patient. Mais sa mise en œuvre n'est pas sans défis, quelques obstacles demeurent : le manque de formation

interprofessionnelle, le manque de confiance entre ces différentes professions ainsi que des barrières liées à la communication.

Pour répondre à ces problématiques, les CPTS apparaissent comme une solution stratégique pour renforcer l'exercice coordonné. Elles favorisent le partage d'informations et de bonnes pratiques, induisent un espace de rencontre interprofessionnel, facilitent les liens entre les secteurs médicaux, sociaux et locaux et permettent d'avoir un impact sur tout un territoire. Cependant, certaines limites persistent, notamment une complexité d'organisation administrative, temporelle et financière largement influencée par les décisions gouvernementales. À cela s'ajoute la réticence de certains professionnels de santé, souvent due à un manque de compréhension et de sensibilisation quant au rôle et aux bénéfices de ces structures. Toutefois, en renforçant l'accompagnement, la communication et en apportant des résultats mesurables plus concrets, il est possible de lever ces freins et de favoriser une dynamique positive pour leur développement.

En somme, cette étude met en lumière l'importance de poursuivre l'intégration de l'activité physique dans les parcours de soins via une approche pluriprofessionnelle, tout en soulignant la nécessité de surmonter les obstacles organisationnels et de renforcer la collaboration entre les différents acteurs de santé. Les perspectives de cette recherche se tournent vers l'analyse des facteurs influençant l'engagement des professionnels de santé dans les CPTS, le développement d'outils de communication adaptés pour améliorer la coordination au sein des CPTS, ainsi que le suivi approfondi des indicateurs mesurant l'impact des actions de promotion de l'activité physique au sein des CPTS.

VU

Strasbourg, le... 18 Mars 2025

Le président du jury de thèse

Professeur..... Geo. Jos KALTENBACH
Professeur



VU et approuvé

Strasbourg, le... 21 MARS 2025

Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



VI. ANNEXES

ANNEXE 1 - Extrait d'un guide d'entretien

Médecin / Question initiale	Questions reiance	Thèmes
Racontez-moi votre dernière consultation où vous avez abordé le sujet d'activité physique adaptée avec votre patient.	Vers qui orientez-vous le patient ? Quels sont vos interlocuteurs ? Connaissez-vous les dispositifs Prescri'Mouv/Sport-Santé ? Rédaction d'un certificat ?	Sport-Santé / Pluriprofessionnalité / Coordination des soins
Comment connaissez-vous les autres professionnels de santé avec qui vous travaillez ?	Avez-vous fait des rencontres/connaissances grâce à la CPTS ?	Pluriprofessionnalité / CPTS
Comment interagissez-vous avec eux afin de promouvoir l'activité physique adaptée ?	Quels sont vos outils de communication ? Connaissez-vous leur méthode de travail ?	Sport-santé / Pluriprofessionnalité
Comment qualifieriez-vous les relations que vous avez avec ces autres professionnels ? Pourquoi ?	Freins/levier ?	Pluriprofessionnalité
D'après vous, quel impact l'exercice pluriprofessionnel a-t-il sur votre pratique ? Sur la PEC du patient ?		Pluriprofessionnalité
Le fait d'adhérer à la CPTS a-t-il eu un impact sur votre activité professionnelle notamment au niveau de votre réseau et de la communication ? Pourquoi ?	Avez-vous participé à des soirées/d'échanges/rencontres organisées par la CPTS concernant l'activité physique ? Allez-vous plus facilement à une réunion d'information qui est organisée par la CPTS ? Meilleur réseau/coordination des soins/informations/communication ? Ya-t-il des actions mises en place ? Quelles sont-elles ? Par qui ? Quels sont les freins ?	Sport-santé / Pluriprofessionnalité / CPTS
D'après vous, que faudrait-il envisager pour améliorer la coordination des soins entre les différents professionnels au sein d'un même territoire ?	Notamment vis-à-vis de l'APA ?	Pluriprofessionnalité / CPTS/Sport-santé

ANNEXE 2 - Analyse des verbatim et construction du modèle explicatif à partir des propriétés et catégories.

Analyse des entretiens				
	Verbatim	Etiquette expérientielle	Propriétés	Catégories
Entretien Kiné 1	plusieurs professionnels qui travaillent ensemble pour aller vers un même objectif.	travailler à plusieurs dans un même but	Coopération et collaboration	Agir à plusieurs
	il faut qu'on travaille de pair avec le médecin traitant qui en général connaît le mieux les patients	je travaille avec médecin traitant car c'est le coordinateur	Collaborer ensemble	Agir à plusieurs
	acteur important de l'exercice coordonné car on a les patients et on a le temps de discuter	J'ai le temps par rapport aux médecins de discuter de manière plus profonde	Prendre le temps d'approfondir	Enseignement
	comprendre ce que le patient en pense et pouvoir au mieux l'accompagner dans cette démarche	je cherche à comprendre les attentes du patient	Etre à l'écoute	Etre professionnel de la santé
	bien connaître la personne qui va s'occuper de l'activité physique adaptée, donc l'APA, pour mieux pouvoir discuter autour du patient.	j'ai une meilleure communication si je connais l'autre	Connaître c'est mieux communiquer	Créer un lien
	si on ne se connaît pas entre nous, ça ne marche pas	si je ne connais pas l'APA, la PEC sera moins bonne	Connaître c'est mieux travailler	Créer un lien
	il faut se connaître parce que sinon je pense que tu ne peux pas trop bien travailler, t'as pas confiance dans l'autre acteur qui va suivre le patient	je connais l'autre donc j'ai plus confiance / ne pas connaître l'autre entraîne un travail moins bon	Etre confiant par la connaissance de l'autre / Connaître c'est mieux travailler	Créer un lien
	je pense pas que le kiné doit être forcément le lien entre le médecin (et l'APA...) on est pas un interlocuteur	je ne suis pas un interlocuteur entre 2 personnes	Etre identifié	Etre professionnel de la santé
	réunion préalable où on a discuté tous ensemble	j'ai rencontré d'autres professionnels à une réunion où on a discuté	Se rencontrer pour se connaître	Créer un lien
	c'est le médecin qui fait la prescription	le médecin initie l'action avec la prescription	Initier une action	Pratiquer de l'AP
	n général le médecin va lui en parler mais plutôt rapidement	le médecin est limité par son temps de consultation dans ses explications	Etre limité par le temps	Contraintes professionnelles
	pour ceux qui vont moins aller vers cette activité physique (...) et bah ça va plus passer par nous	je motive les gens qui ont plus de mal à aller vers l'AP	Motiver les patients	Péreniser l'AP dans le temps
	l'action du kiné est importante parce qu'on connaît bien les gens et on a le temps de discuter avec eux	je connais bien mes patient / j'ai le temps (+ que le médecin) avec mes patients de discuter	Etre acteur de soin / Prendre le temps de discuter	Etre professionnel de la santé / Accompagnement/Enseignement

1 Dynamiques de coopération interprofessionnelle			
	Verbatim	Propriété	Interview
2	il y a plus peut être la partie peut être soin avec le médecin, plus la partie bah comme on disait avant rééducation avec le kiné et la partie "arriver à faire en sorte que le patient intègre un mode de vie plus actif avec l'APA	Avoir chacun une mission propre / Travailler ensemble	EAPA 3
3	c'est tout à fait complémentaire pour moi de ce que fait le kiné.	Travailler ensemble	
4	travailler dans une maison de santé ça permet vraiment de travailler avec les différents professionnels de santé et de pouvoir échanger.	Travailler ensemble	
5	garder quand même le médecin bien au coeur du dispositif.	Etre coordinateur de PEC	EAPA 2
6	Le médecin a pas le temps de faire ce travail d'éducation thérapeutique, de montrer des choses, donc je pense que c'est un vrai relai sur les APA	Limité par le temps / Collaborer ensemble	
7	chacun à sa pierre à apporter à l'édifice	Avoir une vision transversale	
8	et pour moi il faut travailler tous main dans la main et c'est là où on apportera le + de chose.	S'entraider	
9	faire passer ce message aux médecins, qu'on fait tout ça parce que c'est un gros travail, c'est pas juste les regarder sur le vélo pédaler, il ya tout ce travail derrière d'entretien motivationnel.	Avoir une idée reçue du travail d'autrui	
10	Oui, les kinés n'ont pas forcément toujours bien compris, fin pour moi ça me semble assez clair, je vais pas faire de manipulation,	Avoir une idée reçue du travail d'autrui	
11	le médecin c'est lui qui est le prescripteur	Collaborer	EAPA 1
12	je travaille avec les maisons urbaines de santé et donc directement avec les kiné	Collaborer	
13	on est une équipe un peu pluridisciplinaire	Collaborer	
14	j'ai tout un historique de la personne et donc je peux mieux l'aider.	Avoir une vision transversale	
15	C'est ça la force d'une équipe pluridisciplinaire, c'est de pouvoir agir, déceler déjà quelle est la cause (...) et de pouvoir travailler dessus	Collaborer pour être plus efficient	
16	j'ai créé des flyers moi-même, je vais les distribuer chez les médecins	Partager l'information	

ANNEXE 3 : Effets de l'activité physique sur les pathologies chroniques -

Synthèse INSERM

Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques

Niveaux de preuve des effets bénéfiques de l'activité physique pour les différentes pathologies

Pathologies	Niveau de preuve des effets bénéfiques de l'activité physique
Pathologies métaboliques	
Diabète de type 2	A ↓ mortalité toutes causes, ↓ mortalité cardiovasculaire contrôle de l'équilibre glycémique (hémoglobine glyquée et sensibilité à l'insuline) B ↑ capacité aérobie, ↑ force musculaire contrôle du poids absence d'apparition ou d'aggravation des complications
Diabète de type 1*	A ↑ aptitude physique aérobie, amélioration du profil lipidique, ↓ de l'insulino-résistance, ↓ des besoins en insuline B ↓ mortalité cardiovasculaire amélioration de la fonction endothéliale, amélioration de la composition corporelle, amélioration de la qualité de vie B/C ↓ risque de complications microvasculaires, ↓ hémoglobine glyquée
Obésité	A ↓ masse grasse viscérale suite à un programme aérobie maintien du poids après perte initiale B ↓ mortalité toutes causes ↓ poids ↓ tour de taille
Pathologies cardiovasculaires	
Pathologies coronaires	A ↓ mortalité globale et cardiovasculaire et réhospitalisations ↑ qualité de vie ↑ VO ₂ max, ↑ force musculaire, ↓ pression artérielle, amélioration de la fréquence cardiaque de récupération et des marqueurs biologiques B ↑ qualité du sommeil, ↓ symptômes anxio-dépressifs
Insuffisance cardiaque chronique	A ↑ qualité de vie, ↑ VO ₂ max et amélioration des marqueurs biologiques B ↓ mortalité et réhospitalisations

84

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	A ↓ mortalité globale et cardiovasculaire ↑ distance de marche, ↑ qualité de vie, ↑ VO ₂ max C ↓ facteurs de risque cardiovasculaires et symptômes anxio-dépressifs
Accident vasculaire cérébral	A ↑ VO ₂ max et capacité fonctionnelle (distance de marche) B ↑ qualité de vie et ↑ des fonctions cognitives C ↓ facteurs de risque cardiovasculaires et ↓ récurrences d'AVC
Pathologies pulmonaires	
Bronchopneumopathie chronique obstructive	A Effets obtenus par le réentraînement à l'effort dans le cadre de la réadaptation respiratoire : ↑ tolérance à l'effort générale (endurance, force) ; ↑ force et endurance des membres supérieurs ; ↓ dyspnée, ↑ état de santé ; ↑ qualité de vie ↓ nombre hospitalisations et de leurs durées récupération plus rapide après une exacerbation ↓ anxiété et dépression associées à la BPCO B ↑ survie
Asthme	A ↑ aptitude physique aérobie (VO ₂ max) et endurance ↑ capacité d'exercice (Puissance maximale) ↑ qualité de vie ↓ symptômes (nombre de jours sans symptômes) B ↓ risque de bronchospasme post-exercice ↓ hyperréactivité bronchique ↑ du VEMS C ↓ état inflammatoire des voies aériennes
Pathologies ostéo-articulaires	
Cervicalgie chronique	B ↓ douleur, ↑ fonction
Lombalgie chronique	A ↓ douleur, ↑ fonction B ↓ récurrence, ↑ reprise des activités professionnelles
Arthrose des membres inférieurs	A ↓ douleur, ↑ fonction
Rhumatismes inflammatoires	A ↓ douleur et ↑ fonction pour la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la spondylarthrite ankylosante (SPA) Absence d'effets délétères (PR et SPA) B ↑ qualité de vie (PR)

85

Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques

Cancers	A	↑ capacité aérobie ($\dot{V}O_2\text{max}$) pendant ou après traitement ↑ force musculaire, ↓ poids, IMC et masse grasse, ↓ fatigue pendant et après les traitements, ↑ qualité de vie
	B	↓ risque de récurrence, mortalité globale et spécifique après cancer du sein et du côlon
	B/C	↓ durée d'hospitalisation et complications post-opératoires chez les patients atteints de cancer broncho-pulmonaire avec activité physique en pré-opératoire ; ↑ capacités fonctionnelles en situation métastatique
	C	↓ risque de récurrence, mortalité globale et spécifique après cancer de la prostate, ↓ certaines douleurs liées aux cancers et aux traitements, ↓ neuropathie chimio-induite, ↓ toxicité cardiovasculaire
Pathologies mentales		
Dépression	A	↓ des symptômes dépressifs ↓ symptomatologie anxio-dépressive consécutive à une autre maladie chronique
	B	↓ rechutes ou des épisodes dépressifs ↓ tabagisme
	C	↓ suicides associés à une dépression ↑ survie
Schizophrénie *	B	Améliorations des symptômes dépressifs, ↑ qualité de vie, ↑ condition physique, ↓ obésité ou IMC
	C	Amélioration des symptômes positifs de la schizophrénie Réduction des symptômes négatifs de la schizophrénie ↓ tabagisme ↑ survie

Les niveaux de preuve sont ceux retrouvés dans la littérature, issus des classifications des différentes sociétés savantes ou évalués par les experts selon les recommandations de la HAS ; Cotation des niveaux de preuve selon les recommandations de l'HAS : A : Preuve scientifique établie ; B : Présomption scientifique ; C : Faible niveau de preuve scientifique ; * Les niveaux de preuve sont estimés à partir de la communication d'Elsa Heyman et Martine Ducloux pour le diabète de type 1 et celle d'Isabelle Amado pour la schizophrénie (voir partie Communications du rapport d'expertise).

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Lignes Directrices de l'OMS Sur l'activité Physique et la Sédentarité: En un Coup D'oeil. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2020. 1 p.
2. Santé Publique France. La pratique sportive chez les adultes en France en 2017 et évolutions depuis 2000 - résultats du baromètre de Santé Publique France. 2020 p. 49.
3. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 déc 30, 2016.
4. sports.gouv.fr [Internet]. [cité 20 mai 2023]. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>
5. SPF. Activité physique et sédentarité dans la population en France. Synthèse des données disponibles en 2024 [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/activite-physique-et-sedentarite-dans-la-population-en-france.-synthese-des-donnees-disponibles-en-2024>
6. Ancellin R, Communal D. Prescription d'activité physique par les médecins : freins et leviers. Santé En Action. 2002;462.
7. DREES. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 26 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
8. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 7 févr 2025]. L'exercice coordonné. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
9. DREES. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe. 2022 mai. Report No.: 1229.
10. Zaoui É. Les groupes d'analyse des pratiques cliniques, une opportunité pour l'encadrement infirmier de renforcer le management des soins. Rech Soins Infirm. 2008;93(2):32-8.
11. Behr M, Le Borgne P, Baicry F, Lavoignet CE, Berard L, Tuzin N, et al. Crise nationale des urgences : le résultat d'un déséquilibre croissant entre offre et demande de soins ? Rev Médecine Interne. oct 2020;41:684-92.
12. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=41637>

13. DGS_Laetitia.B, DGS_Pauline.J, DGS_Laetitia.B, DGS_Pauline.J. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 7 févr 2025]. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/masante2022/>
14. Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. 2024 [cité 7 févr 2025]. CPTS : s'organiser sur un même territoire pour renforcer les soins aux patients. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/>
15. DUREAU P, BARTOLOTTA JP. Partenariats fructueux entre les MSS et les CPTS : Illustration des bénéfiques et programme concrets en cours [Internet]. 2024 juin 6; Palais des Congrès - Vichy. Disponible sur: <https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2024/06/Conference-1-MSS-et-CPTS.pdf>
16. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 20 mars 2023]. CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>
17. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Actualisation des repères du PNNS. Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. [Internet]. 2016 p. 584. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
18. INSERM. Synthèse de l'expertise collective « Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques » [Internet]. 2019 p. 149. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2019-02/inserm-ec-2019-activitephysiquemaladieschroniques-synthese.pdf>
19. Moeijes J, Van Busschbach JT, Bosscher RJ, Twisk JWR. Sports participation and psychosocial health: a longitudinal observational study in children. *BMC Public Health*. déc 2018;18(1):702.
20. Blanchet S, Chikhi S, Maltais D. The benefits of physical activities on cognitive and mental health in healthy and pathological aging. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. juin 2018;16(2):197-205.
21. Agence Française de Développement (AFD). 5 bienfaits insoupçonnés du sport [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.afd.fr/fr/actualites/5-bienfaits-insoupconnes-du-sport>
22. Hyvärinen M, Maillard I, Chenaux Mesnier M, Wegrzyk J, éditeurs. Favoriser l'activité physique entre générations ? Reiso : revue d'information sociale. Lausanne: REISO.org;
23. Moyal A. L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. *Rev Fr Aff Soc*. 24 juin 2020;(1):103-23.
24. Bernigole M. Apports de l'exercice coordonné au sein des maisons de santé

pluriprofessionnelles pour les sages-femmes d'Île-de-France [Internet]. [Ile De France]: Versailles Saint Quentin en Yvelines; 2023. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04642728v1/document?>

25. Kehli V. Lancement d'une dynamique d'exercice coordonné en Maison de Santé Pluriprofessionnelle sur le territoire Piscénois, vu par les médecins généralistes [Internet]. 2020 [cité 23 févr 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03043846>

26. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique*. 2009;21(hs1):27-38.

27. Rimetz-Pal A. Maison de santé pluriprofessionnelle et qualité des soins: quels critères du point de vue des patients? Étude préliminaire par méthode qualitative au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Ambérieu en Bugey [Internet]. Bordeaux; 2018. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01831248v1/file/Med_generale_2018_Rimetz-Pal.pdf?

28. Bringer L, Kabantchenko A, Manuello P, Leturgie D, Sicot F. Etat des lieux de l'exercice des médecins en Maison de Santé Pluriprofessionnelle Région Occitanie. Enquête quantitative. [Internet]. Occitanie: URPS; 2019 mai p. 74. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2021/03/URPS-enquete-exercice-medecins-MSP.pdf>

29. Mousquès J. Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? *Rev Fr Aff Soc*. 16 déc 2011;(2):253-75.

30. Chabot J. Communication entre Médecins Généralistes et Professions Paramédicales en secteur libéral. Qu'en pensent les Infirmiers et les Masseurs-Kinésithérapeutes et quelles sont leurs attentes envers les Médecins Généralistes libéraux de la région Rouennaise ? Rouen; 2021.

31. BEGAUD P. Identification des freins et des pistes d'améliorations de la relation médecin généraliste-kinésithérapeute. Une étude qualitative auprès de kinésithérapeutes. Rennes; 2021.

32. Solomon P. La collaboration interprofessionnelle : mode passagère ou voie de l'avenir? *Physiother Can*. 2010;62(1):56-65.

33. Vezinat N. 6. L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. In: *Les mutations du travail* [Internet]. Paris: La Découverte; 2019 [cité 24 janv 2023]. p. 117-34. (Recherches). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-mutations-du-travail--9782348037498-p-117.htm>

34. Beurrier J, Le Grand MS. ETUDE DES BESOINS ET RESENTIS INTERPROFESSIONNELS DANS LE CADRE D'UNE PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE. [Internet]. Tours; 2021. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2021_Medecine_BeurrierJulietteLeGrandMatthieuSimon.pdf

35. SCHEER L. Analyse des pratiques des Médecins Généralistes du territoire Centre Alsace concernant la prescription d'Activité Physique Adaptée (APA) avant et après leur participation à la formation initiale dédiée à l'APA organisée par la Maison Sport Santé Nature

du Réseau Cardio-Prévention Obésité Alsace (RCPO). [Strasbourg]; 2021.

36. COSEN [Internet]. [cité 23 janv 2023]. La Cosen, CPTS Eurométropole Strasbourg Nord. Disponible sur: <https://www.cosen.fr/>

37. Activité physique - CPTS Pays de Redon [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://cptspaysderedon.fr/categorie-actions/activite-physique/>

38. cptsAdmin67. Nos actions | CPTS Pays des Sources [Internet]. 2022 [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://cptspaysdessources.org/projet-de-sante/>

39. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité? Rech Soins Infirm. 2011;106(3):40-6.

40. CERTAIN MH, LAUTMAN A, GILARDI H. Tour de France des CPTS.

41. Gerschtein DJL, Schneider N, Gomez L, Rietsch MG. HÔPITAL : DES SYNERGIES NÉCESSAIRES AVEC TOUS LES ACTEURS DE SON TERRITOIRE [Internet]. 2021. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/animation_cpts_dac_e-parcours.pdf

42. Orsi T. Missions des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) des Alpes Maritimes: mesures proposées et difficultés rencontrées [Internet]. [Nice]: Université Côte d'Azur; 2024. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04678810v1/document?>

43. NOUVEAUTE : ICOPE68 en vidéos. A partager sans modération ! [Internet]. CPTS Mulhouse Agglo. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.cpts-mulhouse-agglo.fr/icope/>

44. Icope Colmar | Ma santé avec ICOPE68 [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://icope68.fr/icope-colmar/>

45. Programme de Soins Intégrés pour les Personnes Agées (ICOPE) [Internet]. 2024 [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/programme-de-soins-integres-pour-les-personnes-agees-icope>

46. AssoConnect [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Promotion de l'exercice coordonné sur le territoire ! | CPTS Pays d'Aubagne et de L'Etoile. Disponible sur: <https://www.cpts-etoile-aubagne.fr/articles/109604-promotion-de-l-exercice-coordonne-sur-le-territoire>

47. AZUREZO - ieSS [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://iess.fr/solutions-numeriques/azurezo/>

48. Laaribi KV. La santé en France, un système en marche ! : la complexité au service des soins de proximité et des maladies chroniques [Internet] [phdthesis]. Université Sorbonne Paris Cité; 2017 [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-02536584>

49. Navinel M. QUELS SONT LES FREINS A L'INVESTISSEMENT DES MEDECINS GENERALISTES AU SEIN DE LA COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE ORLEANAISE ? Tours; 2020.

50. Khademi H. Les attentes et les craintes des médecins généralistes vis-à-vis du projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) / Hooman Khademi Kohnehshahri ; sous la direction de Julien Le Breton [Internet]. PARIS EST CRETEIL; 2021 [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: https://athena.u-pec.fr/view/delivery/33BUCRET_INST/12145729200004611

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : JEANNEAU 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 STRASBOURG, le 11/03/2025

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction : L'activité physique est essentielle pour la santé, mais en France, sa pratique reste insuffisante malgré les recommandations de l'OMS. Depuis les années 2000, des stratégies nationales ont été mises en place pour encourager l'exercice physique, avec une augmentation notable du nombre d'adultes pratiquant une activité physique régulière. Cependant, les chiffres restent préoccupants, notamment chez les jeunes et les femmes. En parallèle, l'organisation des soins a évolué vers une approche plus coordonnée, avec le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), instaurées en 2016. Ces structures visent à améliorer l'accès aux soins et renforcer la collaboration entre professionnels de santé. Dans le Bas-Rhin, elles jouent un rôle clé dans la promotion de l'activité physique à travers des actions de prévention. L'objectif de cette étude est d'analyser les perceptions et pratiques des professionnels de santé au sein des CPTS concernant la promotion de l'activité physique.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée de novembre 2023 à août 2024 auprès de différents professionnels de santé travaillant au sein de la CPTS Cosen. Les entretiens ont été analysés via une approche inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats : Les professionnels de santé s'accordent sur les bienfaits de l'activité physique pour la santé, tant en prévention qu'en traitement, la percevant comme un facteur de bien-être physique, mental et social. Ils utilisent divers outils, comme la prescription d'activité physique, la sensibilisation des patients et l'entretien motivationnel pour favoriser leur engagement. Pour eux, l'exercice pluriprofessionnel est essentiel, car il permet une prise en charge transversale et complémentaire, garantissant une approche globale et cohérente. Toutefois, des obstacles demeurent, tels que le manque de formation interprofessionnelle, la méfiance entre professions et des problèmes de communication. Le regroupement en CPTS pourrait renforcer cette collaboration en facilitant le partage d'informations, la coordination des soins et en créant des espaces de rencontre. Bien qu'il existe des défis organisationnels, leur rôle de relais et leur ancrage local sont cités comme des atouts importants pour promouvoir l'activité physique et améliorer les actions de santé publique.

Conclusion : La promotion de l'activité physique est essentielle pour la prévention et le bien-être des individus. Les CPTS, grâce à leur organisation locale et leur approche coordonnée et pluriprofessionnelle, jouent un rôle clé dans cette dynamique en garantissant une prise en charge globale du patient. Il serait pertinent d'évaluer les indicateurs d'impact des actions des CPTS pour mesurer leur efficacité et renforcer leur rôle dans la promotion de l'activité physique à l'échelle locale.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Activité Physique, Pluriprofessionnalité, Coordination des soins, CPTS

Président : KALTENBACH Georges, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Assesseurs :

- TRYLESKI Pierre, Médecin Généraliste
- HERZOG Florent, Maître de Conférence Associé - Médecin Généraliste

Auteur : JEANNEAU Camille - Université de Strasbourg