

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 19 octobre 2021 à Saint-Pierre
Par Monsieur Mickaël Bernaudeau

Connaissances et pratiques de prescription d'activité physique
adaptée de médecins généralistes du sud de La Réunion,
notamment dans le cadre de l'obésité des adultes

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco

Membres :

- Madame le Docteur Nathalie Le Moullec
- Madame le Professeur Estelle Nobecourt
- Madame le Professeur Catherine Marimoutou
- Monsieur le Docteur Etienne Bon

Directeur de thèse : Madame le Docteur Nathalie Le Moullec

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A tous les membres du jury de thèse.

Merci de m'avoir accordé de votre temps afin de finaliser ce projet.

Au Dr Nathalie Le Moullec.

Merci de m'avoir aiguillé vers ce projet et pour votre soutien à la réalisation de celui-ci.

A tous les services dans lesquels j'ai pu me former.

Merci pour toutes les belles rencontres au cours de ces quelques années.

A tous les médecins généralistes qui m'ont accueilli durant mon cursus : Dr Douriez, Dr Farcy, Dr Renelier, Dr Birault, Dr Guelorget, Dr Lecerf, Dr Tilly, Dr Jeanneau.

Merci pour la richesse de vos enseignements, vous avez en grande partie fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

Merci à tous les collègues de La Réunion qui ont pris le temps de répondre au questionnaire.

A ma femme, Julie.

Merci pour la force que tu m'apportes, pour ton éternelle énergie ainsi que pour la douceur de ton cœur emplie de bonté. Tu es la meilleure et la plus belle personne que je connaisse. Je t'aime.

A mes parents.

Merci d'avoir toujours été présents même malgré la distance, pour votre soutien indéfectible, pour m'avoir en tout temps poussé vers le haut, pour le fier reflet que je peux voir dans vos yeux. Je vous aime.

A ma belle-mère, Agnès.

Merci pour le soutien apporté aussi bien dans la vie que dans mon travail, notamment pour la relecture du mémoire et de ce sujet. Merci pour Julie, qui est le meilleur de ma vie.

A mes amis, en Métropole, à La Réunion.

Merci pour toute la joie passée, présente et future partagée ou à venir. Je ne peux que m'enrichir à vos côtés, vous faites de moi une meilleure personne.

A La Réunion et ses habitants, ma nouvelle maison.

Merci pour toute la sérénité et la douceur de vivre apportées.

TABLE DES MATIERES

PAGE DE PRESENTATION	1
LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE	3
REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES	6
GLOSSAIRE	8
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX	10
TABLE DES ANNEXES	12
INTRODUCTION	13
1. Activité physique et sédentarité	13
1.1. Définitions	13
1.2. Données concernant la sédentarité	14
1.3. Données concernant l'activité physique	15
2. Activité physique adaptée (APA) en France	16
2.1. Cadre légal	16
2.2. Modalités de prescription	17
2.3. Outils d'aide à la prescription mis à disposition	18
3. Obésité	19
4. La Réunion et ses spécificités	21
5. Problématique	26
MATERIEL ET METHODE	27
1. Recrutement	27
2. Questionnaire en ligne	28
3. Recueil de données et analyse statistique	28

RESULTATS	29
1. Population de l'étude	29
2. Connaissance de l'activité physique adaptée	32
3. Connaissance des structures APA	33
4. Prescription d'activité physique adaptée	34
5. Médecins ayant prescrit de l'APA	35
6. Médecins n'ayant jamais prescrit d'APA	37
7. Prise en charge de l'obésité	38
8. Analyse Univariée	42
8.1. Analyse en fonction du sexe des participants	42
8.2. Analyse en fonction de la tranche d'âge des participants	43
8.3. Analyse en fonction du lieu d'exercice des participants	45
8.4. Analyse en fonction du type d'exercice des participants	46
8.5. Analyse en fonction du niveau d'exercice physique des participants	48
DISCUSSION	50
1. Population de l'étude	50
2. Principaux résultats	51
3. Points forts de l'étude	53
4. Perspectives	54
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES	63
RESUME	80
ABSTRACT	81
SERMENT D'HIPPOCRATE	82

GLOSSAIRE

ALD : affection longue durée

Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs

AP : activité physique

APA : activité physique adaptée

APA-S : activité physique adaptée et santé

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : accident vasculaire cérébral

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire devenu complémentaire santé solidaire

CNOSF : Comité National Olympique et Sportif Français

CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité

DGS : Direction Générale de la Santé

DRDJSCS : Directions Régionales et Départementales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : hypertension artérielle

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IMC : indice de masse corporel en kg/m²

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IOTF : International Obesity Task Force

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PNSSBE : Plan National Sport, Santé, Bien-Être

PRSSBE : Plan Régional Sport Santé Bien-Être

RCV : risque cardiovasculaire

RSA : revenu de solidarité active

SFMES : Société Française de Médecine, de l'Exercice et du Sport

SRSSBE : Stratégie Régionale Sport Santé Bien-Être

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

URMLOI : Union Régionale des Médecins Libéraux de l'Océan Indien

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure A : Données de l'Agence Régionale de Santé concernant la chirurgie bariatrique à La Réunion de 2016 à 2020

Figure B : Diagramme de flux

Figure C : Répartition de l'effectif par sexe

Figure D : Effectif par tranche d'âge

Figure E : Effectif par agglomération

Figure F : Effectif par mode d'exercice

Figure G : Pratique d'une activité physique

Figure H : Connaissance du Centre Spécialisé de l'Obésité Réunion/Mayotte (CSO)

Figure I : Patient adressé au Centre Spécialisé de l'Obésité Réunion/Mayotte (CSO)

Figure J : Connaissance du site www.obesite-reunion.re du Centre Spécialisé de l'Obésité Réunion/Mayotte (CSO)

Figure K : Remise d'informations concernant l'activité physique aux patients obèses ou en surpoids

Figure L : Freins à l'information des patients en surpoids ou obèses concernant l'activité physique

Figure M : Répartition des femmes et des hommes concernant la connaissance de l'activité physique adaptée (APA), de ses structures et de l'antécédent de prescription

Figure N : Connaissance de l'activité physique adaptée (APA) par tranches d'âge

Figure O : Connaissance des structures d'activité physique adaptée (APA) par tranches d'âge

Figure P : Prescription d'activité physique adaptée (APA) par tranches d'âge

Figure Q : Répartition des médecins de Saint-Pierre et du Tampon concernant la connaissance de l'activité physique adaptée (APA), de ses structures et de sa prescription

Figure R : Connaissance de l'activité physique adaptée (APA) en fonction du type d'exercice

Figure S : Connaissance des structures d'activité physique adaptée (APA) en fonction du type d'exercice

Figure T : Prescription d'activité physique adaptée (APA) en fonction du type d'exercice

Figure U : Répartition des médecins en fonction de leur niveau d'activité physique concernant la connaissance de l'activité physique adaptée (APA), de ses structures et de sa prescription

Tableau I : Différences entre la population réunionnaise et métropolitaine selon les données du Baromètre santé Réunion 2014

Tableau II : Différences entre la population réunionnaise et métropolitaine selon les données de l'INSEE 2017-2018

Tableau III : Etat des connaissances de l'activité physique adaptée (APA)

Tableau IV : Etat des connaissances des structures d'activité physique adaptée (APA)

Tableau V : Prescription d'activité physique adaptée (APA)

Tableau VI : Prescription d'activité physique adaptée par pathologie

Tableau VII : Evaluation avant prescription d'activité physique adaptée

Tableau VIII : Connaissance et utilisation d'outils d'aide à la prescription d'activité physique adaptée

Tableau IX : Freins à la prescription d'activité physique adaptée selon les médecins en ayant déjà prescrit

Tableau X : Freins à la prescription d'activité physique adaptée chez les non prescripteurs

Tableau XI : Pathologies les plus concernées par l'activité physique adaptée selon les non prescripteurs

Tableau XII : Connaissance des outils d'aide à la prescription d'activité physique adaptée par les non prescripteurs

Tableau XIII : Prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes

Tableau XIV : Bénéfices de l'activité physique chez les patients en surpoids ou obèses

Tableau XV : Supports d'information concernant l'activité physique pour les patients obèses ou en surpoids

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Niveaux de limitation fonctionnelle ou phénotype fonctionnel

Annexe II : Questionnaire de santé « QS-SPORT »

Annexe III : Questionnaire de Marshall

Annexe IV : Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants

Annexe V : Questionnaire en ligne

Annexe VI : Les freins à l'activité physique et la réponse à apporter

Annexe VII : Liste des maisons Sport Santé Bien-Être de La Réunion

INTRODUCTION

1. Activité physique et sédentarité

1.1. Définitions

L'activité physique (AP) se définit comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos (1). Elle comprend les AP de la vie quotidienne, les exercices physiques et les activités sportives.

Les activités physiques de la vie quotidienne se subdivisent habituellement en trois domaines avec les déplacements actifs (marche, escaliers, vélo, pour aller au travail, faire les courses, etc.), les activités domestiques (entretien domestique, bricolage, jardinage, etc.) et les activités professionnelles ou scolaires.

L'exercice physique est une AP planifiée, structurée, répétitive dont l'objectif est l'amélioration ou le maintien d'une ou plusieurs composantes de la condition physique.

Le sport ou activité sportive est une forme particulière d'AP où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles et d'objectifs bien définis (2).

L'activité physique adaptée (APA) est une pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, de mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires (3).

L'inactivité physique est définie comme un niveau insuffisant d'AP d'intensité modérée à élevée par rapport aux recommandations.

La sédentarité est définie par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible en position assise ou allongée (4).

1.2. Données concernant la sédentarité

La sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial avec 6 % des décès soit environ 3.2 millions de décès par an (5,6), juste après l'hypertension artérielle (13 %), le tabagisme (9 %) et l'hyperglycémie (6 %). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que la sédentarité constitue la cause principale d'environ 21 à 25 % de la charge du cancer du sein et du côlon, 27 % de celle du diabète et environ 30 % de celle des maladies cardiaques ischémiques. Les maladies non transmissibles sont par ailleurs responsables de près de la moitié de la charge mondiale globale de morbidité et de six décès sur dix.

Les bénéfices à la diminution des activités sédentaires sont multiples (2) :

- Réduction de la mortalité toutes causes confondues et de la mortalité cardiovasculaire, avec relation dose-réponse.
- Réduction du risque de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires, avec relation dose-réponse.
- Réduction du risque de cancer de l'endomètre.

Le temps passé assis pendant les loisirs a été positivement associé à l'indice de masse corporel (IMC) et le nombre d'heures passées en position assise au travail associé positivement à l'obésité. De même, les comportements sédentaires ont été associés à la prise de poids avec le temps et à l'augmentation du risque de devenir obèse : une large étude prospective américaine a montré que deux heures supplémentaires passées devant la télévision étaient associées à une augmentation de 23 % du risque de devenir obèse après six ans de suivi (7).

Selon une méta-analyse américaine réalisée en 2011 (8), toute heure supplémentaire passée devant la télévision s'associait à une prise de 150 grammes de poids, indépendamment du niveau d'AP, ainsi qu'à une majoration de la prise de poids pour une durée de sommeil supérieure à huit heures.

Au niveau mondial, près de 31 % des adultes âgés de quinze ans et plus manquaient d'activité physique en 2008 (hommes 28 % et femmes 34 %) (6).

L'étude Esteban 2014-2016 (9), réalisée chez des adultes de dix-huit à soixante-quatorze ans résidant en France métropolitaine, relevait que 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'AP. Près de 90 % des adultes déclaraient trois heures ou plus de comportements sédentaires par jour et 42 % plus de sept heures. Un adulte sur cinq cumulait un niveau de sédentarité élevé et un niveau d'AP inférieur aux recommandations pour la santé.

1.3. Données concernant l'activité physique

Selon les recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé de l'OMS (1), l'activité physique réduit le taux de mortalité toutes causes confondues ainsi que le taux de cardiopathies coronariennes, d'hypertension artérielle (HTA), d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), de diabètes de type 2, de syndromes métaboliques, de cancers du côlon, de cancers du sein et de dépressions, une meilleure endurance cardiorespiratoire et forme musculaire, une meilleure masse et constitution corporelles et un profil de marqueurs biologiques (notamment le profil lipidique, la glycémie) plus favorable pour la prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète de type 2 et l'amélioration de l'état osseux.

Une revue de la littérature scandinave de 2015 (10) rapporte les bénéfices de l'AP pour vingt-six pathologies différentes : dépression, anxiété, stress, schizophrénie, démence (vasculaire et Alzheimer), maladie de Parkinson, sclérose en plaques, obésité, dyslipidémies, syndrome métabolique, syndrome des ovaires polykystiques, diabète de type 1 et 2, AVC, HTA, artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), asthme, mucoviscidose, arthrose, ostéoporose, lombalgies chroniques, spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde et cancers (sein, colon, endomètre, prostate).

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) rapporte (4) qu'une activité physique régulière et le suivi des recommandations de l'OMS (11) sont associés à une diminution de la

mortalité précoce de 29 à 41 % selon les études, avec une plus forte diminution de la mortalité précoce chez les femmes que chez les hommes.

2. Activité physique adaptée (APA) en France

2.1. Cadre Légal

La Haute Autorité de Santé (HAS) reconnaît depuis 2011 le bénéfice, pour les patients atteints de maladies chroniques, de cette thérapeutique non médicamenteuse, promue dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), du Plan National Sport, Santé, Bien-Être (PNSSBE) et du Plan National d'Action de la Prévention de la Perte d'Autonomie (PNAPPA).

L'article 144 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (12) consacre à l'article L.1172-1 du code de la santé publique la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une activité physique aux patients en affection de longue durée (ALD). La législation ne prévoit pas de remboursement par l'Assurance Maladie.

Un guide pour la mise en place de plans régionaux « sport, santé, bien-être », est réalisé en copilotage renforcé par les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Directions Régionales et Départementales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS) dans chaque région (13). Les différents objectifs sont :

- Le recensement de l'offre disponible au niveau de chaque région en matière d'activité physique adaptée.
- La mise à disposition sur les sites internet des ARS et DRDJSCS de l'offre.
- La mise en place de dispositifs intégrés d'activité physique et santé.
- Le soutien des projets concourant à la mise en œuvre du dispositif d'activité physique adaptée aux personnes reconnues atteintes d'une ALD.

La Société Française des Professionnels de l'Activité Physique Adaptée qui regroupe des professionnels de l'APA tous issus des formations universitaires en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) mention Activité Physique Adaptée et Santé (APA-S) (14), a été créée en 2008.

Un des objectifs de la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 (15) est de déployer sur l'ensemble du territoire les maisons sport santé avec un objectif de cinq cents maisons et trois millions de pratiquants sportifs supplémentaires d'ici 2022. Deux cent quatre-vingt-huit maisons sport-santé ont déjà été référencées en 2021, dont six à La Réunion (16). Elles ont pour buts de proposer une information et une sensibilisation sur l'intérêt de la pratique, de réaliser des diagnostics sportifs et d'orienter vers l'offre et les lieux de pratique à proximité. Les professionnels les plus représentés au sein de ses dispositifs sont les médecins généralistes (87 % des dispositifs communaux et intercommunaux, 70 % au niveau départemental et infra-départemental) (17).

2.2.Modalités de prescription

Avant la prescription médicale d'activité physique adaptée, il est conseillé par la HAS de réaliser lors d'une première consultation une « évaluation minimale » (2) comportant :

- Une estimation du niveau habituel d'AP du patient ;
- Une estimation de la motivation du patient ;
- Une estimation de l'intensité de l'AP envisagée ;
- Une évaluation de risque cardiovasculaire (RCV) du patient ;
- Une estimation des autres risques du patient à la pratique d'une AP : liés à la pathologie en elle-même, aux comorbidités, aux traitements, risque de blessure musculosquelettique...

L'objectif est de repérer les patients à risque et d'éventuellement programmer une consultation dédiée si celle-ci est indiquée ou un avis spécialisé avant la reprise (cas d'un patient symptomatique). Il existe quatre niveaux de limitations fonctionnelles (annexe I). Seuls les patients de niveau un ou deux pourraient justifier un programme d'APA. Si l'état de santé du patient ne nécessite pas de consultation dédiée, le médecin traitant rédige une prescription d'APA et peut ensuite l'adresser à un professionnel de l'APA.

Les indications de la consultation dédiée sont :

- Patient inactif pour les AP d'intensité modérée : RCV élevé ou très élevé, diabétique de type 2 avec macro ou microangiopathie ou un autre facteur de

RCV majeur associé (tabac, dyslipidémie, HTA), antécédent de cancer ayant bénéficié d'un traitement cardiotoxique.

- Patient inactif pour les AP d'intensité élevée ou actif voulant passer à une activité d'intensité élevée : RCV modéré à très élevé, diabète de type 1 ou 2, antécédent de cancer ayant bénéficié d'un traitement cardiotoxique, obésité sévère avec IM ≥ 35 kg/m².

2.3. Outils d'aide à la prescription mis à disposition

La HAS a édité en juillet 2019 le Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé (2). Il regroupe les connaissances générales sur l'AP et la santé, les modalités de l'évaluation du niveau de RCV, le repérage en population générale des patients à risque pour la pratique d'AP, l'évaluation médicale minimale, les recommandations pour la réalisation d'une consultation médicale d'AP, d'examens complémentaires ou d'un avis spécialisé et les modalités de la consultation médicale d'AP. Il contient également de nombreux outils pour la pratique du médecin généraliste pour la prescription d'AP.

Le questionnaire QS-SPORT (annexe II) est utilisé pour le renouvellement des licences sportives depuis le 1^{er} juillet 2017 pour la pratique n'exigeant pas de certificat de non-contre-indication à la pratique du sport. S'il y a au moins une réponse positive, une consultation médicale est demandée.

Le site Sport-Santé.fr (18) référence plusieurs questionnaires de mesure des aptitudes motrices ou cognitives, des comportements et des ressentis dans différents domaines (force, équilibre, mémoire, cardio- respiratoire, niveau d'activité physique et sédentarité, qualité de vie, engagement dans l'activité ...).

Le questionnaire de Marshall permet d'évaluer le niveau d'AP du patient (annexe III) ou encore le questionnaire GQAP avec une version en ligne sur le site manger-bouger.fr (19), sur lequel il est également possible de trouver un catalogue d'AP (20).

Le Médicosport-santé établi par la Commission médicale du Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) avec la collaboration de la Société Française de Médecine, de l'Exercice et du Sport (SFMES) disponible gratuitement en ligne sur le site Vidal.fr (21), est un dictionnaire médical équivalent du VIDAL® pour l'AP, avec la possibilité d'effectuer une recherche par activité ou par pathologie.

L'instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 (13) met à disposition un formulaire spécifique de prescription de l'activité physique adaptée (annexe IV).

3. Obésité

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'OMS comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. L'indice de masse corporelle (IMC : poids divisé par taille au carré exprimé en kg/m²) est couramment utilisé pour estimer le surpoids (IMC $\geq$ 25 kg/m²) et l'obésité (IMC $\geq$ 30 kg/m²) chez l'adulte. Pour les enfants de zéro à dix-neuf ans, des courbes de croissance ont également été établies grâce à l'étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissances d'enfants réalisée de 1997 à 2003 (22).

En France, les courbes préconisées dans le PNNS pour évaluer la corpulence des enfants et utilisées dans les carnets de santé sont celles proposées par l'International Obesity Task Force (IOTF) (à partir de 2 ans) prolongées par les courbes « AFPA - CRESS/Inserm - CompuGroup Medical 2018 », établies à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS).

Depuis 1997, l'obésité est reconnue par l'OMS comme une maladie chronique. Elle est également un facteur de risque majeur pour de nombreuses pathologies chroniques comme les maladies cardiovasculaires (première cause de décès au niveau mondial), le diabète de type 2, les troubles musculosquelettiques et certains cancers (de l'endomètre, du sein, des ovaires, de la prostate, du foie, de la vésicule biliaire, du rein et du colon). Le risque de contracter des maladies non transmissibles augmente avec l'IMC.

L'obésité de l'enfant est associée à un risque accru d'obésité à l'âge adulte, de décès prématuré, de difficultés respiratoires, de fractures, d'hypertension artérielle, d'apparition des premiers marqueurs de maladies cardiovasculaires, de résistance à l'insuline et de problèmes psychologiques (23).

5 % de la mortalité mondiale est imputable au surpoids et à l'obésité (11). L'obésité a presque triplé depuis 1975, un virgule neuf milliards d'adultes étaient en surpoids en 2016 soit 39 % de la population mondiale, 13 % en situation d'obésité, trente-huit millions d'enfants de moins de cinq ans étaient en surpoids ou obèses en 2019 et trois cent quarante millions des cinq à dix-neuf ans en 2016 soit 18 % (23).

L'étude Esteban (9), étude transversale en population générale portant sur quatre mille adultes âgés de dix-huit à soixante-quatorze ans et mille enfants âgés de six à dix-sept ans, retrouvait une prévalence de l'obésité à 17.2 % de façon homogène entre les hommes et les femmes, avec 12.5 % d'obésité modérée, 3 % d'obésité sévère et 1.6 % d'obésité morbide. Cette prévalence était deux fois plus importante chez les cinquante-cinq à soixante-quatorze ans que chez les dix-huit à trente-neuf ans et plus présente chez les populations pauvres et peu éduquées. En ce qui concerne le surpoids, les hommes étaient plus touchés avec une prévalence de 37.1 % contre 26.8 % pour les femmes. Cette étude, qui compare ses données à celles recueillies lors de l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) 2006 (24), montre une stabilisation du surpoids et de l'obésité ses dernières années.

L'étude de la prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardiométaboliques dans la cohorte Constances (25), constituée d'un échantillon représentatif de deux cent mille adultes âgés de dix-huit à soixante-neuf ans à l'inclusion, consultants des centres d'examens de santé de la Sécurité Sociale, retrouvait des valeurs concordantes avec une obésité masculine à 15.8 % et féminine à 15.6 %, un surpoids à 41 % pour les hommes et 25.3 % pour les femmes, avec cette même notion de prévalence inversement proportionnelle aux revenus et au niveau d'éducation.

Selon la Direction Général du Trésor (26), Le coût social de la surcharge pondérale avoisinait vingt milliards d'euros (1 % du Produit Intérieur Brut) en 2012, avec un surcoût de soins de ville de sept cent quatre-vingt-cinq euros pour les personnes en situation d'obésité et de trois cent trente euros pour celles en surpoids.

Malgré cela, l'obésité ne fait pas partie de la liste des ALD pour lesquelles l'activité physique adaptée peut être proposée. La Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité de 2009 (27) évoquait la possibilité d'une expertise par la HAS sur la prise en charge en ALD des patients avec un IMC > 35 kg/m² pour lesquels une chirurgie bariatrique est indiquée, pour une durée de cinq ans. La HAS présente l'obésité comme un facteur de risque et de ce fait, exclut son ajout au sein des ALD.

Cependant, devant l'ampleur de l'impact du surpoids et de l'obésité et les larges preuves du bienfait de l'activité physique dans ce contexte, les personnes concernées peuvent bénéficier de l'activité physique adaptée si leur phénotype fonctionnel le justifie (annexe I). L'objectif dix-neuf du PNNS 2019-2023 (28) est d'ailleurs de développer l'offre et le recours à l'activité physique adaptée à des fins d'appui thérapeutique, avec notamment deux actions :

- Recenser et promouvoir l'offre d'APA.
- Développer la pratique d'APA pour les personnes en ALD.

4. La Réunion et ses spécificités

La population réunionnaise est différente de celle de la Métropole sur de nombreux points. Selon le Baromètre santé Réunion 2014 (29) (tableau I) :

- La part des plus de soixante-quinze ans est deux fois moins importante, avec une espérance de vie inférieure malgré sa constante augmentation.
- L'incidence du diabète de type 2 est double, celle des cancers est divisée par deux mais avec un dépistage du cancer moindre en général hormis pour le sein, moins de cardiopathies, plus d'AVC, moins d'affections psychiatriques, moins d'utilisation de psychotropes, moins de troubles du sommeil, moins de consommation de tabac, d'alcool et de drogues.

- 38 % des réunionnais sont en surpoids avec une prédominance masculine comme en Métropole, 11 % sont obèses avec plus de femmes. Contrairement à la Métropole, il n'y a pas d'augmentation du taux de patients obèses avec l'âge, ce qui entraîne une incidence de l'obésité plus élevée à La Réunion avant quarante-cinq ans et plus faible ensuite.
- Il y a plus de pratiquants réguliers (au moins cinq fois par semaine) et moins de pratiquants occasionnels (moins d'une fois par semaine) pour l'AP.

	La Réunion	France métropolitaine
Part des moins de 20 ans (%)	32	24
Part des plus de 75 ans (%)	4	9
Revenu net déclaré moyen par foyer fiscal (€)	16910	25380
Taux de chômage des actifs de 15 ans et plus (%)	29	10
Part des 18-25 ans non insérés (%)	45	22
Part de la population couverte par le RSA (%)	31	7
Population couverte par la CMU-C (%)	37	7
Espérance de vie des hommes (années)	77	78.7
Espérance de vie des femmes (années)	83.5	85
Diabète de type 1 et 2 (%)	6.8	3.7
Tumeurs malignes (%)	1.7	3.4
Affections psychiatriques (%)	1.3	2
Maladies coronariennes (%)	1.2	1.7
Accidents vasculaires invalidants (%)	0.8	0.6
Surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$) hommes (%)	30	35
Surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$) femmes (%)	24	24
Obésité ($\text{IMC} \geq 30$) hommes (%)	8.3	12
Obésité ($\text{IMC} \geq 30$) femmes (%)	14	12
Activité physique $\geq 5x$ /semaine	44	34
Activité physique 1 à 4x/semaine	44	44
Activité physique $< 1x$ /semaine	12	22

Tableau I : Différences entre la population réunionnaise et métropolitaine selon les données du Baromètre santé Réunion 2014

Il existait une hausse du nombre d'hospitalisations pour obésité et surpoids entre 2013 et 2017 avec un taux de croissance annuel moyen de 30 % sur la période observée. Plus de 80 % des hospitalisations concernent des femmes. Les hospitalisations pour surpoids sont très minoritaires (2 % des séjours sur l'ensemble de la période). Le taux régional de recours hospitalier pour l'obésité

et le surpoids est près d'un virgule cinq fois supérieur au taux national. En 2017, près de cinq cents actes de chirurgie bariatrique hors geste sur anneau en place ont été recensés à La Réunion (figure A). La fréquence de ces actes sur l'île est en nette hausse entre 2013 et 2017 : +74 % sur cinq ans. 77 % de ses actes sont des sleeves (30). Il existe depuis une diminution du nombre d'actes chirurgicaux avec notamment en 2020 une forte baisse liée au contexte sanitaire et au confinement.

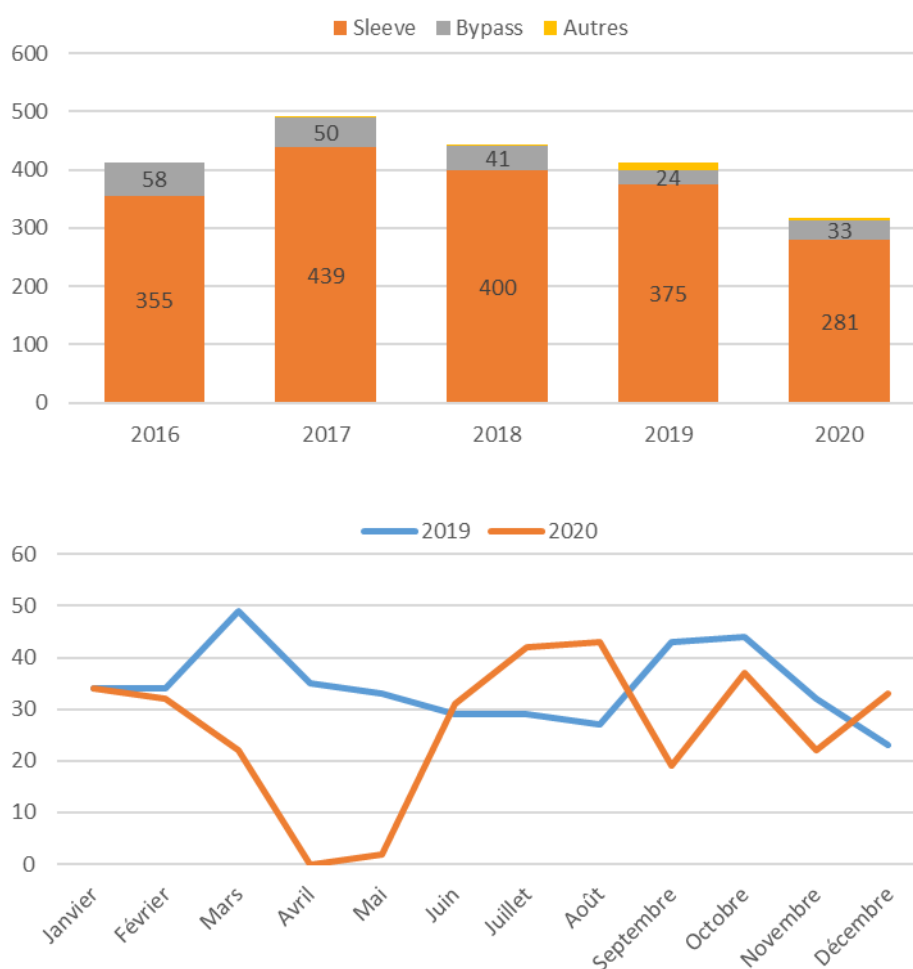


Figure A : Données de l'Agence Régionale de Santé concernant la chirurgie bariatrique à La Réunion de 2016 à 2020

Le tableau II résume les différences entre populations réunionnaise et métropolitaine pouvant jouer un rôle dans la sédentarité, l'activité physique, le surpoids et l'obésité. Les données sont extraites des dossiers complets de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) pour la France métropolitaine et La Réunion en 2017-2018 (31, 32).

	La Réunion	France métropolitaine
Mortalité (‰)	5.9	9.2
Plus de 75 ans (%)	4.5	9.4
Chômage des 15-64 ans (%)	33.9	13.4
Inactifs de 15-64 ans (%)	30.4	25.9
Personnes vivant seules (%)	27.8	36.4
Ménages fiscaux en 2018 (médiane de revenu par unité de consommation)	15440	21739
Taux de pauvreté en 2018	38.9	14.6

Tableau II : Différences entre population réunionnaise et métropolitaine selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques 2017-2018

Selon la cartographie de la pauvreté à La Réunion de l'INSEE (33), 40 % de la population réunionnaise vit sous le seuil de pauvreté (1000 euros/mois) en 2014, plus de la moitié des réunionnais habitent dans des quartiers précaires. Dans ces quartiers, il y a deux fois plus de ménages totalement dépendants des prestations sociales. Même dans les quartiers les plus aisés, il existe un taux de pauvreté de 24 % soit deux fois supérieur à la moyenne nationale.

En 2018, le label Sport santé bien-être a été mis en place à La Réunion dans le cadre de la Stratégie Régionale Sport Santé Bien-Être (SRSSBE) 974 prenant le relais du Plan Régional Sport Santé Bien-Être (PRSSBE), coordonnée par la DRDJSCS et l'ARS de La Réunion (34). Deux labels sont développés :

- Niveau 1 « sport pour tous » : pour un public pouvant bénéficier d'une pratique d'activité physique de type « loisir » en l'absence de contre-indication médicale.
- Niveau 2 « sport sur ordonnance » : public présentant une maladie chronique de type ALD30 et/ou une autre pathologie chronique non exonérante comme l'obésité, pouvant bénéficier d'une APA.



Le site masanté.re développé par l'ARS (35) regroupe l'ensemble des activités proposées sur l'île par secteur dans le cadre de ce label, aussi disponible sur le site de la DRDJSCS (36).

La Réunion possède un des trente-sept centres spécialisés de l'obésité (CSO), centres référents de la prise en charge médicale, chirurgicale et plus récemment pédiatrique, des personnes en situation d'obésité sévère et/ou complexe, créés dans le cadre du Plan obésité 2010-2013. Labélisé en 2011, il a pour mission de dispenser les soins dits de « troisième recours » auprès des personnes en situation d'obésité et d'animer, au niveau régional, les filières de prise en charge, sous l'égide de l'ARS. Une équipe pluridisciplinaire est en place pour la prise en charge des patients : endocrinologues-nutritionnistes, chirurgiens de l'obésité, anesthésistes et réanimateurs, diététiciens, psychologues et psychiatres, enseignants APA, infirmiers et des partenariats sont noués avec d'autres structures hospitalières, le Soins de Suite et Réadaptation spécialisé (clinique Omega) ainsi qu'avec des intervenants médico-sociaux et associatifs.

Les CSO ont pour mission de rendre l'offre de soins en matière d'obésité plus lisible au niveau du territoire, en contribuant à la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques dans tous les domaines de prise en charge concernés et notamment dans le domaine de l'activité physique adaptée.

5. Problématique

Malgré l'intérêt médical largement démontré des programmes d'APA, l'utilisation de cette thérapeutique non médicamenteuse n'est pas suffisamment enseignée dans les cursus de médecine et des autres professions de santé. Très souvent, les professionnels de santé ne connaissent pas les métiers du sport santé, les programmes d'activité physique adaptée et les qualifications requises. Ils ne connaissent pas non plus les ressources disponibles de leur territoire malgré le développement de nombreux outils d'aide à la prescription et de réseaux notamment à l'échelle régionale (17).

Une étude réalisée à Caen en 2019 (37) retrouve les mêmes facteurs limitants la prescription. L'élément majeur est le manque de connaissances et de communication sur le dispositif auprès, à la fois, des prescripteurs et des bénéficiaires potentiels. La perception d'un mauvais état de santé par le médecin ou le patient lui-même peut empêcher la prescription, ainsi que des difficultés à obtenir l'adhésion des patients par manque de motivation, de confiance en soi, la perte d'autonomie, les conditions liées à leur mode de vie et le facteur climatique.

Nous avons donc réalisé une étude transversale descriptive par questionnaire en ligne auprès d'un échantillon de la population de médecins généralistes du Sud de La Réunion sur la période d'avril à juin 2021.

L'objectif principal de cette étude est de décrire l'état des connaissances et des pratiques de prescription de l'APA de médecins généralistes du Sud de La Réunion notamment dans la prise en charge de l'obésité.

Les objectifs secondaires sont de rechercher les freins à la prescription de l'activité physique adaptée par les médecins généralistes afin de proposer des pistes d'amélioration de la prescription.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive par questionnaire en ligne auprès d'un échantillon de la population de médecins généralistes des agglomérations du Tampon et de Saint-Pierre.

1. Recrutement

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être médecin généraliste thésé ou non, installé ou remplaçant (exercice majoritaire), exerçant dans les agglomérations du Tampon et/ou de Saint-Pierre.
- Avoir accepté de transmettre son adresse électronique afin de pouvoir recevoir le lien vers le questionnaire en ligne.
- Avoir répondu à l'intégralité du questionnaire.

Les critères d'exclusion étaient :

- Pratiquer une autre spécialité que la médecine générale.
- Être interne de médecine générale sans licence de remplacement.
- Être médecin retraité.
- Exercer en-dehors des agglomérations du Tampon et de Saint-Pierre pour les médecins installés.
- Avoir répondu partiellement au questionnaire en ligne.

La demande de participation auprès des médecins généralistes a été effectuée soit par appel téléphonique, messages sur des groupes privés professionnels sur le site de Facebook® et l'application WhatsApp®, soit par dépôt au cabinet médical d'une carte professionnelle associée à une description de la thèse, soit par annonce en ligne dans la newsletter de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de l'Océan Indien (URMLOI).

2. Questionnaire en ligne

Nous avons établi un questionnaire en ligne (annexe V) à l'aide du logiciel LimeSurvey® après accord auprès de la déléguée de la protection des données de la faculté de Poitiers. Le questionnaire était disponible en ligne du 1^{er} avril 2021 au 1^{er} juin 2021. Les participants recevaient dans un premier temps un mail avec un lien unique pour chacun d'entre eux. Ils avaient la possibilité de sauvegarder leurs réponses afin de pouvoir remplir en plusieurs fois l'ensemble du questionnaire. En revanche, chaque participant ne pouvait plus accéder au questionnaire dès lors qu'il était entièrement rempli. Un mail de relance était envoyé chaque semaine si la participation n'était pas encore effectuée. Un lien était présent dans chaque mail afin de refuser la participation et d'arrêter les relances si nécessaire.

Le questionnaire présentait 26 questions divisées en plusieurs parties, dont certaines n'étaient accessibles qu'en fonction de la réponse précédente.

3. Recueil de données et analyse statistique

L'ensemble des données a été recueillie via le logiciel Excel® et l'analyse statistique a été effectuée avec les logiciels Excel® et GMRC Shiny Stats.

Nous avons recueilli dans la première partie le sexe, la tranche d'âge à la place de l'âge pour une anonymisation plus efficace, le lieu et le type d'exercice pour l'analyse univariée concernant la connaissance de l'APA, de ses structures ainsi que la prescription d'APA. L'analyse univariée a été réalisée avec le test du Khi deux ou de Fisher en fonction de l'effectif des groupes.

RESULTATS

1. Population de l'étude

Après ouverture du questionnaire en ligne pendant deux mois et avoir démarché cent quarante-sept des cent soixante-dix (38) médecins sur les agglomérations du Tampon et de Saint-Pierre, nous avons obtenu quarante-trois questionnaires complets et cinq réponses partielles sur les soixante-quinze médecins ayant accepté de transmettre leur mail. Seuls les questionnaires complets ont été pris en compte.

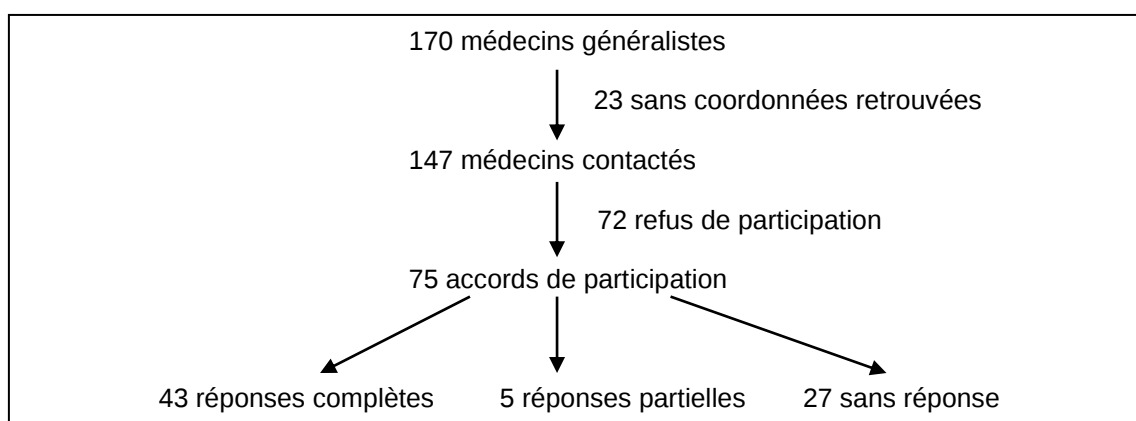


Figure B : Diagramme de flux

Les hommes étaient plus représentés avec vingt-quatre participants (56 %) contre dix-neuf femmes (44 %) (figure C).

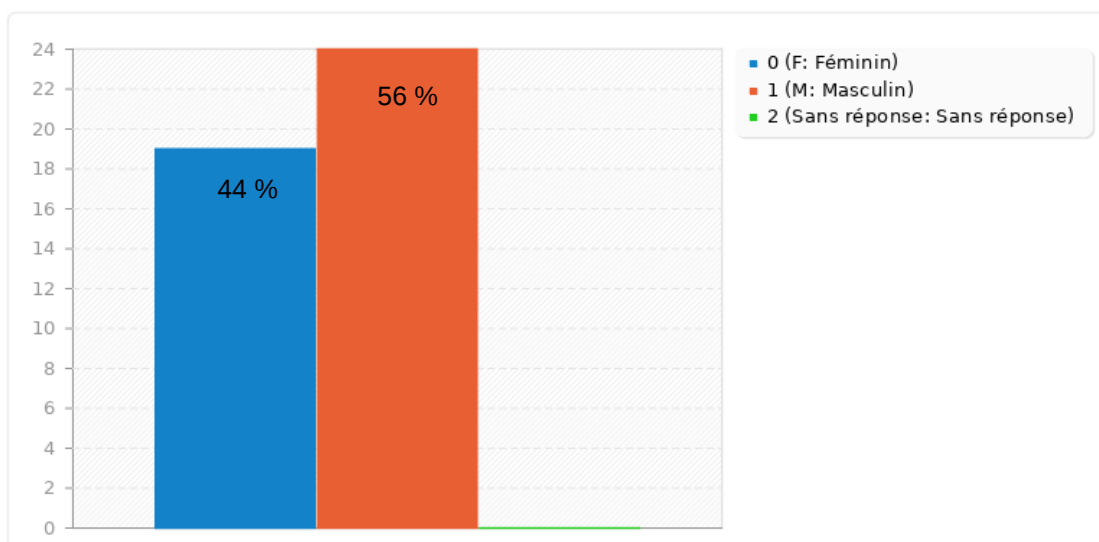


Figure C : Répartition de l'effectif par sexe

L'effectif diminuait pour chaque tranche d'âge supérieure (figure D), avec quatorze participants de moins de trente-cinq ans (32 %) et deux (5 %) pour les plus de soixante-cinq ans.

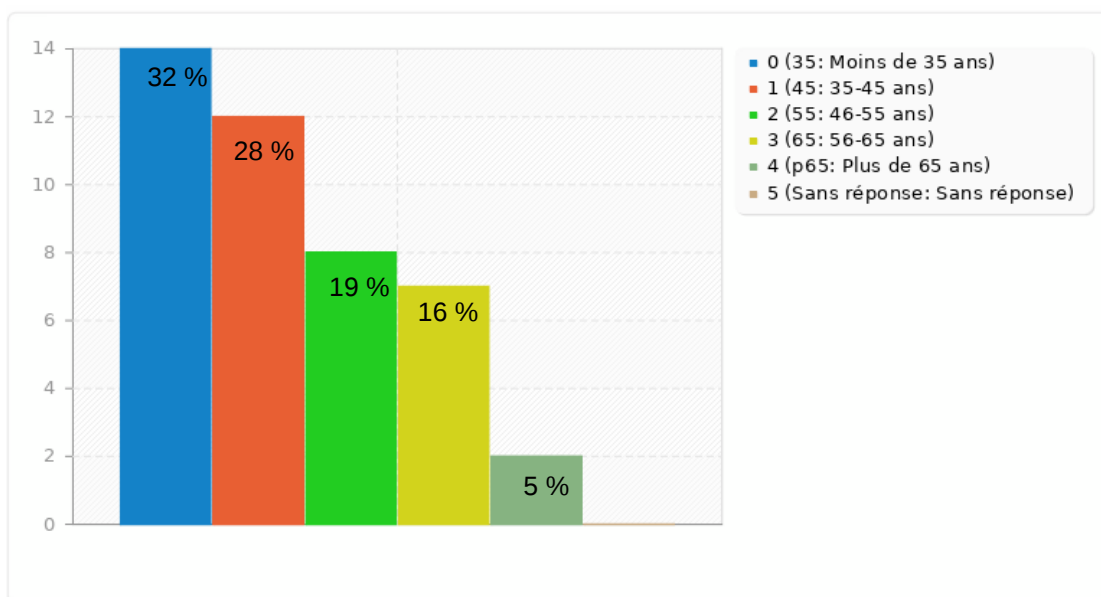


Figure D : Effectif par tranche d'âge

Vingt-trois médecins généralistes (53 %) exerçaient à Saint-Pierre contre vingt au Tampon (47 %).

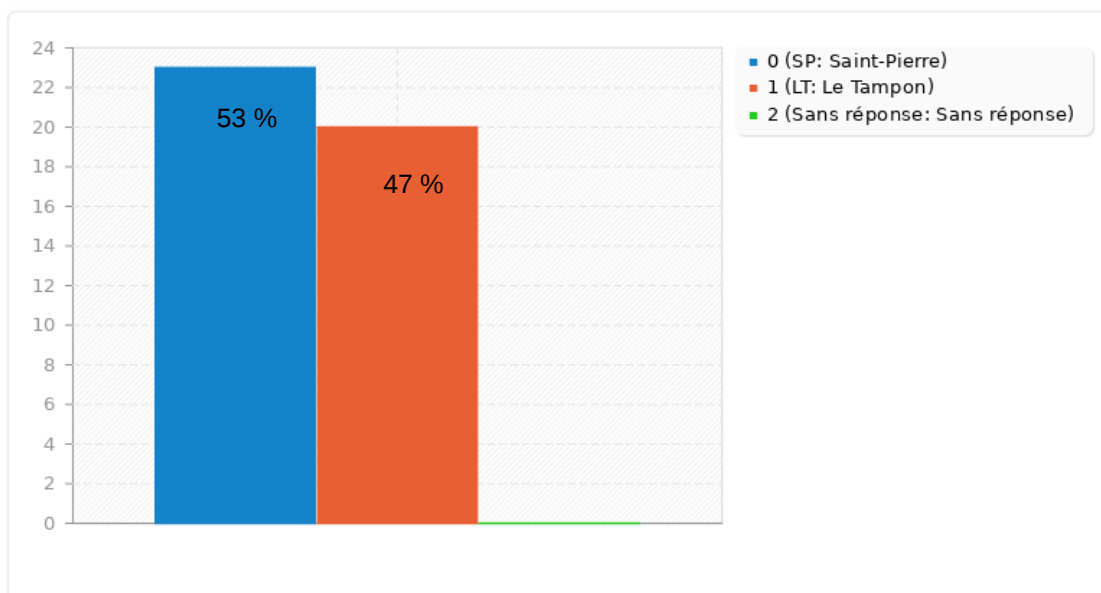


Figure E : Effectif par agglomération

La figure F reprend la répartition des participants selon leur mode d'exercice.

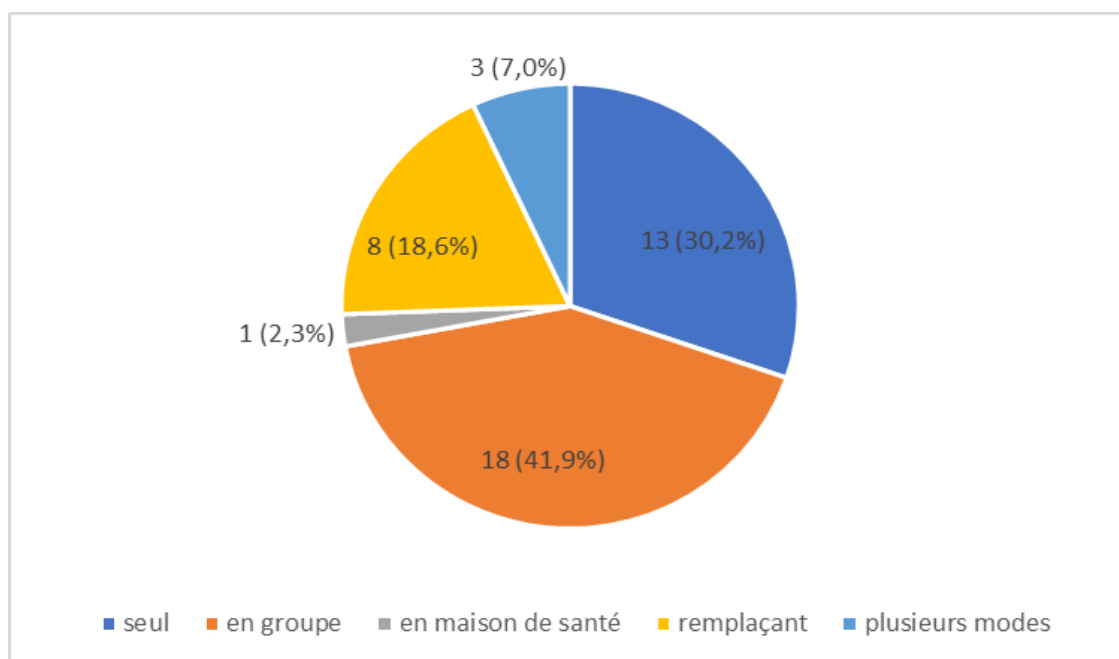


Figure F : Effectif par mode d'exercice

Concernant la pratique de l'activité physique, quatre participants ne pratiquaient aucune activité physique (9 %), six moins d'une fois par semaine (14 %) et trente-trois d'une à quatre fois par semaine (77 %). Aucun médecin ne pratiquait une activité physique au moins cinq fois par semaine (figure G).

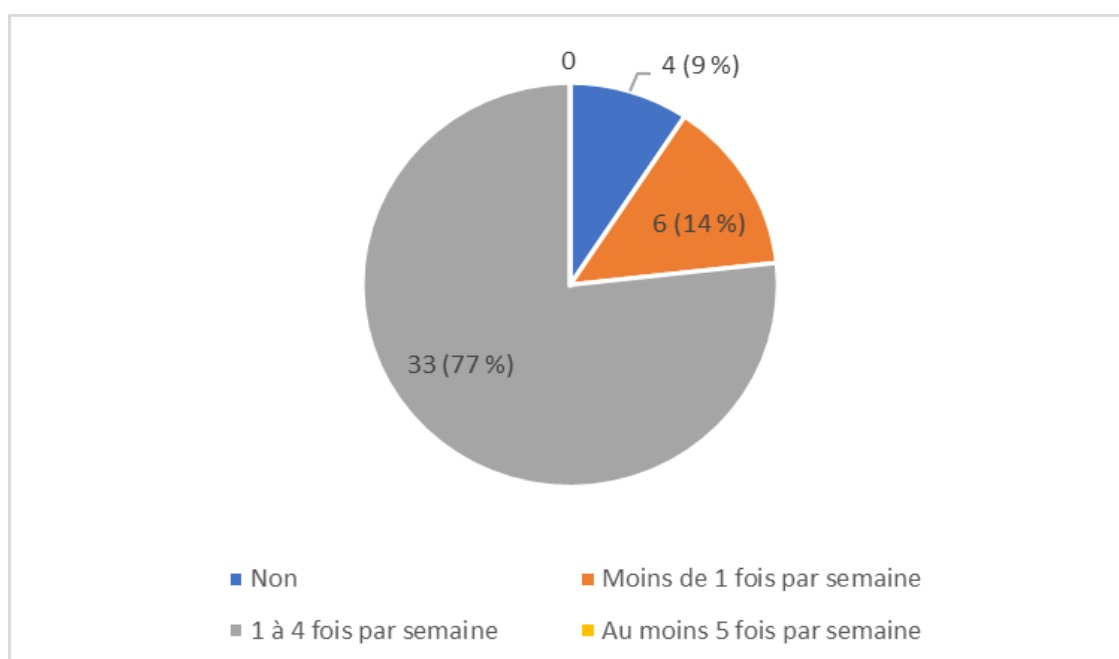


Figure G : Pratique d'une activité physique

2. Connaissance de l'activité physique adaptée

Vingt-cinq médecins généralistes (58 %) déclaraient connaître l'APA et dix-huit (42 %) ne pas la connaître. Les deux médecins de plus de soixante-cinq ans déclaraient ne pas connaître l'APA. Parmi ceux déclarant connaître l'APA, il y avait :

- Quatorze femmes (56 %) et onze hommes (44 %),
- 28 % d'entre eux avaient moins de trente-cinq ans, 44 % de trente-cinq à quarante-cinq ans, 20 % de quarante-six à cinquante-cinq ans et 8 % de cinquante-six à soixante-cinq ans.

Concernant les lieux d'exercice, quinze (60 %) médecins déclarant connaître l'APA se situaient à Saint-Pierre contre dix (40 %) au Tampon. Pour le mode d'exercice, six (24 %) exerçaient seuls, même effectif pour les remplaçants, onze (44%) en groupe, un (4 %) en maison de santé et un avec un double mode d'exercice.

Sexe	Femme	Homme	Total ligne		
Connaissance APA	14 (56 %)	11 (44 %)	25 (58 %)		
Méconnaissance APA	5 (27.8 %)	13 (72.2 %)	18 (42 %)		
Tranche d'âge	< 35 ans	35-45 ans	46-55 ans	56-65 ans	> 65 ans
Connaissance APA	7 (28 %)	11 (44 %)	5 (20 %)	2 (8 %)	0
Méconnaissance APA	7 (38.9 %)	1 (5.6 %)	3 (16.7 %)	5 (27.8 %)	2 (11.1 %)
Lieu d'exercice	Saint-Pierre	Le Tampon			
Connaissance APA	15 (60 %)	10 (40 %)			
Méconnaissance APA	8 (44.4 %)	10 (55.6 %)			
Mode d'exercice	Seul(e)	En groupe	En maison de santé	Remplaçant(e)	Plusieurs modes
Connaissance APA	6 (24 %)	11 (44 %)	1 (4 %)	6 (24 %)	1 (4 %)
Méconnaissance APA	7 (38.9 %)	7 (38.9 %)	0	2 (11.1 %)	2 (11.1 %)
Activité physique	Absence	<1/semaine	1 à 4x/semaine		
Connaissance APA	1 (4 %)	5 (20 %)	19 (76 %)		
Méconnaissance APA	3 (16.7 %)	1 (5.6 %)	14 (77.8 %)		

Tableau III : Etat des connaissances de l'activité physique adaptée (APA)

3. Connaissance des structures APA

Les médecins déclarant connaître les structures d'APA étaient au nombre de six soit 14 % de l'effectif total. Les femmes représentaient 33.3 % de ces médecins. Aucun médecin de moins de trente-cinq ans ou de plus de soixante-cinq ans ne connaissait les structures. Cinq exerçaient à Saint-Pierre (83.3 %) et un (16.7 %) au Tampon. Les participants connaissant les structures d'APA avaient pour quatre d'entre eux (66.7 %) une activité en groupe, un (16.7 %) en activité seul et un en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). L'ensemble des remplaçant(e)s ou exerçant sur plusieurs modes déclaraient ne pas connaître les structures d'APA. Seuls les pratiquants d'une activité physique déclaraient les connaître avec cinq (83.3 %) des six médecins avec une activité d'une à quatre fois par semaine.

Sexe	Femme	Homme	Total ligne		
Connaissance structures APA	2 (33.3 %)	4 (66.7 %)	6 (14 %)		
Méconnaissance structures APA	17 (45.9 %)	20 (54.1 %)	37 (86 %)		
Tranche d'âge	< 35 ans	35-45 ans	46-55 ans	56-65 ans	> 65 ans
Connaissance structures APA	0	2 (33.3 %)	3 (50 %)	1 (16.7 %)	0
Méconnaissance structures APA	14 (37.8 %)	10 (27 %)	5 (13.5 %)	6 (16.2 %)	2 (5.4 %)
Lieu d'exercice	Saint-Pierre	Le Tampon			
Connaissance structures APA	5 (83.3 %)	1 (16.7 %)			
Méconnaissance structures APA	18 (48.6 %)	19 (51.4 %)			
Mode d'exercice	Seul(e)	En groupe	En maison de santé	Remplaçant(e)	Plusieurs modes
Connaissance structures APA	1 (16.7 %)	4 (66.7 %)	1 (16.7 %)	0	0
Méconnaissance structures APA	12 (32.4 %)	14 (37.8 %)	0	8 (21.6 %)	3 (8.1 %)
Activité physique	Absence	<1/semaine	1 à 4x/semaine		
Connaissance structures APA	0	1 (16.7 %)	5 (83.3 %)		
Méconnaissance structures APA	4 (10.8 %)	5 (13.5 %)	28 (75.7 %)		

Tableau IV : Etat des connaissances des structures d'activité physique adaptée (APA)

4. Prescription d'activité physique adaptée

Treize (30 %) médecins déclaraient avoir prescrit de l'APA dont cinq (38.5 %) femmes et huit (61.5 %) hommes, un (7.7%) représentant chez les moins de trente-cinq ans, six (4.2 %) pour les trente-cinq à quarante-cinq ans, quatre (30.8 %) chez les quarante-six à cinquante-cinq ans et deux (15.4 %) chez les cinquante-six à soixante-cinq ans. Les deux médecins de plus de soixante-cinq ans n'avaient jamais prescrit d'APA. Parmi ces treize médecins, dix (76.9 %) exerçaient à Saint-Pierre, trois (23.1 %) étaient seuls, huit (61.5 %) en groupe, un (7.7 %) en MSP et un remplaçant. Les trois médecins exerçant sur plusieurs modes déclaraient ne pas avoir prescrit d'APA. Un (7.7 %) médecin n'ayant pas d'activité physique a déjà prescrit, trois (23.1 %) pratiquaient moins d'une fois par semaine, neuf (69.2 %) une à quatre fois par semaine.

Sexe	Femme	Homme	Total ligne		
Prescription APA	5 (38.5 %)	8 (61.5 %)	13 (30 %)		
Pas de prescription APA	14 (46.7 %)	16 (53.3 %)	30 (70 %)		
Tranche d'âge	< 35 ans	35-45 ans	46-55 ans	56-65 ans	> 65 ans
Prescription APA	1 (7.7 %)	6 (46.2 %)	4 (30.8 %)	2 (15.4 %)	0
Pas de prescription APA	13 (43.3 %)	6 (20 %)	4 (13.3 %)	5 (16.7 %)	2 (6.7 %)
Lieu d'exercice	Saint-Pierre	Le Tampon			
Prescription APA	10 (76.9 %)	3 (23.1 %)			
Pas de prescription APA	13 (43.3 %)	17 (56.7 %)			
Mode d'exercice	Seul(e)	En groupe	En maison de santé	Remplaçant(e)	Plusieurs modes
Prescription APA	3 (23.1 %)	8 (61.5 %)	1 (7.7 %)	1 (7.7 %)	0
Pas de prescription APA	10 (33.3 %)	10 (33.3 %)	0	7 (23.3 %)	3 (10 %)
Activité physique	Absence	<1/semaine	1 à 4x/semaine		
Prescription APA	1 (7.7 %)	3 (23.1 %)	9 (69.2 %)		
Pas de prescription APA	3 (10 %)	3 (10 %)	24 (80 %)		

Tableau V : Prescription d'activité physique adaptée (APA)

5. Médecins ayant prescrit de l'APA

Le tableau VI représente les pathologies pour lesquelles les médecins ont prescrit de l'APA. La pathologie le plus souvent énoncée était l'obésité avec 76.9 %, suivie par le Diabète avec 69.2 %. Aucun médecin interrogé n'avait prescrit pour une insuffisance rénale ou une pathologie neurodégénérative.

Réponse	Décompte	Pourcentage
Obésité	10	76.9 %
Diabète de type 1 ou 2	9	69.2 %
Pathologie cardiovasculaire	7	53.9 %
Insuffisance rénale chronique et/ou post-greffe rénale	0	0
Pathologie neurodégénérative	0	0
Cancer	3	23.1 %
Pathologie respiratoire chronique	1	7.7 %
Pathologie psychiatrique	3	23.1 %
Pathologie rhumatologique	4	30.8 %
Autre	0	0

Tableau VI : Prescription d'activité physique adaptée par pathologie

Les quatre critères les plus étudiés avant la prescription étaient le poids, l'IMC, le niveau d'activité physique habituel et le RCV (84.6 %) (tableau VII).

Réponse	Décompte	Pourcentage
Le poids	11	84.6 %
La taille	10	76.9 %
L'indice de masse corporelle (IMC)	11	84.6 %
Le périmètre abdominal	5	38.5 %
Le niveau d'activité physique habituel	11	84.6 %
Le niveau de motivation	7	53.9 %
L'intensité de l'activité physique envisagée	9	69.2 %
Le risque cardiovasculaire	11	84.6 %
Les autres risques du patient à la pratique d'une activité physique : comorbidités, traitements en cours, blessures musculosquelettiques	10	76.9 %
Aucune évaluation préalable	1	7.7 %
Autre	0	0.0 %

Tableau VII : Evaluation avant prescription d'activité physique adaptée

Quatre prescripteurs (30.8 %) n'utilisaient aucun outil pour la prescription d'APA et un seul médecin (7.7 %) utilisait le Médicosport-Santé, le site Sport-Santé.fr ou le référentiel des activités du label Sport Santé Bien-Être. L'outil le plus utilisé et le plus connu était le formulaire spécifique de prescription d'APA.

Réponse	Utilisé	Connu
Le Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé de l'HAS	2 (15,4 %)	3 (23.1 %)
Le Médicosport-Santé	1 (7.7 %)	2 (15.4 %)
Le site Sport-Santé.fr	1 (7.7 %)	3 (23.1 %)
Le formulaire spécifique de prescription de l'activité physique adaptée	5 (38.5 %)	5 (38.5 %)
Le référentiel des activités physiques du label Sport Santé Bien Être disponible sur masanté.re ou sur reunion.drjcs.gouv.fr	1 (7.7 %)	3 (23.1 %)
Aucun	4 (30.8 %)	6 (46.2 %)

Tableau VIII : Connaissance et utilisation d'outils d'aide à la prescription d'activité physique adaptée

Parmi les freins à la prescription évoqués, le manque de connaissances des structures de prise en charge était le plus représenté avec 69.2 %, puis le manque d'information au sujet du parcours de soins et le manque de structures de prise en charge (46.2 %). L'absence de prise en charge financière était un frein pour trois prescripteurs (23.1 %) (Tableau IX). Un seul médecin (7.7 %) déclarait ne pas avoir de frein à la prescription d'APA.

Réponse	Décompte	Pourcentage
Manque de connaissances au sujet de l'activité physique	4	30.8 %
Manque d'informations au sujet du parcours de soins de la prescription de l'activité physique adaptée	6	46.2 %
Manque de structures de prise en charge	6	46.2 %
Manque de connaissances des structures de prise en charge	9	69.2 %
Manque de temps	3	23.1 %
Absence de prise en charge financière	3	23.1 %
Manque de motivation des patients	2	15.4 %
Autre	1	7.7 %

Tableau IX : Freins à la prescription d'activité physique adaptée selon les médecins en ayant déjà prescrit

6. Médecins n'ayant jamais prescrit d'APA

90 % des non prescripteurs évoquaient le manque d'information au sujet du parcours de soins de l'APA et 76.7 % le manque de connaissances des structures de prise en charge. 40 % d'entre eux déclaraient manquer de connaissances au sujet de l'activité physique. Aucun ne déclarait manquer de temps (tableau X).

Réponse	Décompte	Pourcentage
Manque de connaissances au sujet de l'activité physique	12	40.0 %
Manque d'informations au sujet du parcours de soins de la prescription de l'activité physique adaptée	27	90.0 %
Manque de structures de prise en charge	6	20.0 %
Manque de connaissances des structures de prise en charge	23	76.7 %
Manque de temps	0	0.0%
Absence de prise en charge financière	6	20.0 %
Manque de motivation des patients	2	6.7 %

Tableau X : Freins à la prescription d'activité physique adaptée chez les non prescripteurs

La pathologie pour laquelle 63.3 % des non prescripteurs auraient le plus facilement prescrit était l'obésité (tableau XI).

Réponse	Décompte	Pourcentage
Obésité	19	63.3 %
Diabète de type 1 ou 2	5	16.7 %
Pathologie cardiovasculaire	3	10 %
Insuffisance rénale chronique et/ou post-greffe rénale	0	0.0 %
Pathologie neurodégénérative	0	0.0 %
Cancer	0	0.0 %
Pathologie respiratoire chronique	1	3.3 %
Pathologie psychiatrique	0	0.0 %
Pathologie rhumatologique	0	0.0 %

Tableau XI : Pathologies les plus concernées par l'activité physique adaptée selon les non prescripteurs

Concernant les outils de prescription de l'APA, 86.7 % des médecins n'en ayant jamais prescrit ne connaissaient aucun de ceux cités et deux participants

(6.7 %) connaissaient le guide de promotion de l'HAS et le formulaire spécifique de prescription (tableau XII).

Réponse	Décompte	Pourcentage
Le Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé de l'HAS	2	6.7 %
Le Médicosport-Santé	0	0.0 %
Le site Sport-Santé.fr	0	0.0 %
Le formulaire spécifique de prescription de l'activité physique adaptée	2	6.7 %
Le référentiel des activités physiques du label Sport Santé Bien Être disponible sur masanté.re ou le site reunion.drjcs.gouv.fr	0	0.0 %
Aucun	26	86.7 %

Tableau XII : Connaissance des outils d'aide à la prescription d'activité physique adaptée par les non prescripteurs

7. Prise en charge de l'obésité

Nous avons demandé aux participants la manière dont ils prenaient en charge les patients obèses. Vingt-quatre (55.8 %) ont déclaré parfois les prendre en charge seul au cabinet, vingt-deux (51.2 %) en adressant à un(e) diététicien(ne) et seize (37.2 %) à un(e) endocrinologue. Vingt-six (60.5 %) avaient déjà fait appel à une structure dédiée à l'obésité (tableau XIII).

Réponse	Décompte	Pourcentage
Seul(e) au cabinet	24	55.8 %
Suivi par diététicien(ne)	22	51.2 %
Avis d'un médecin nutritionniste	8	18.6 %
Avis d'un(e) endocrinologue	16	37.2 %
Avis auprès d'une structure dédiée à l'obésité	26	60.5 %
Autre	2	4.7 %

Tableau XIII : Prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes

Vingt-et-un (48.8 %) des quarante-trois médecins interrogés connaissaient le CSO (figure H) et parmi eux seize (76.2 %) avaient déjà adressé un patient au

CSO (figure I). Le site du CSO www.obesite-reunion.re était connu par sept (33.3 %) médecins (figure J).

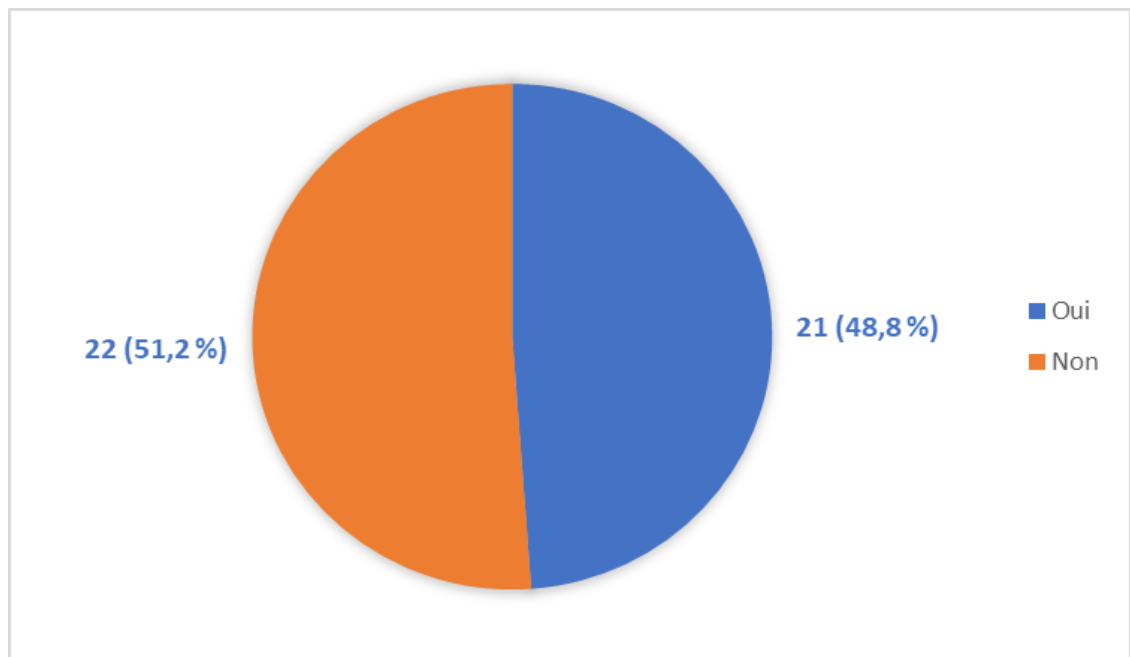


Figure H : Connaissance du Centre Spécialisé de l'Obésité Réunion/Mayotte (CSO)

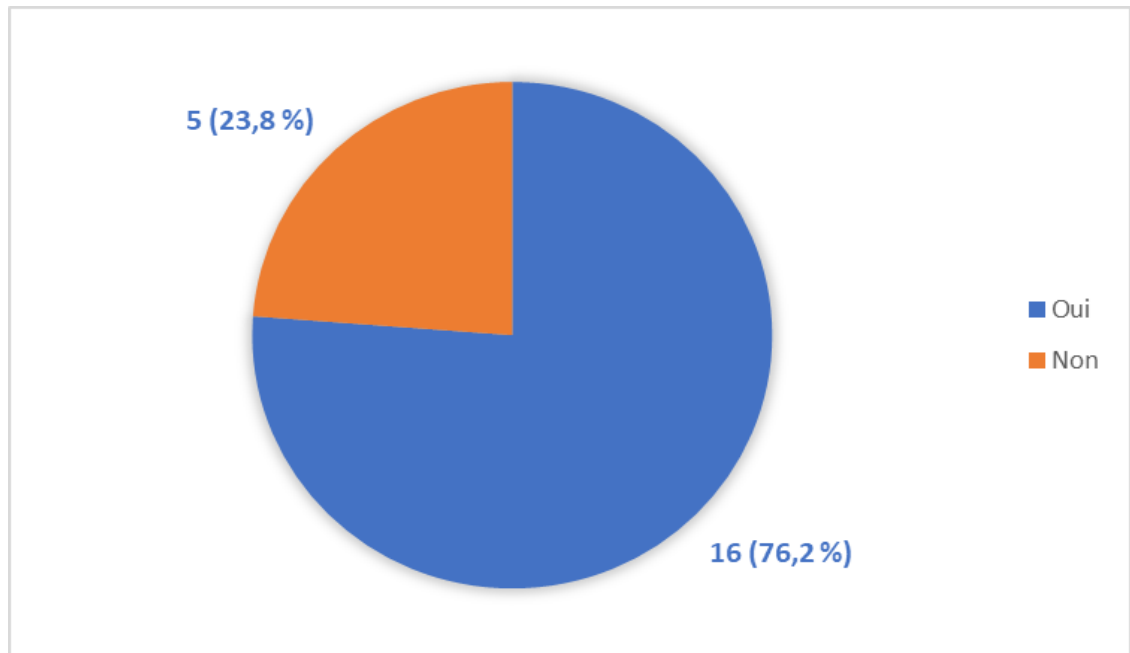


Figure I : Patient adressé au Centre Spécialisé de l'Obésité Réunion/Mayotte (CSO)

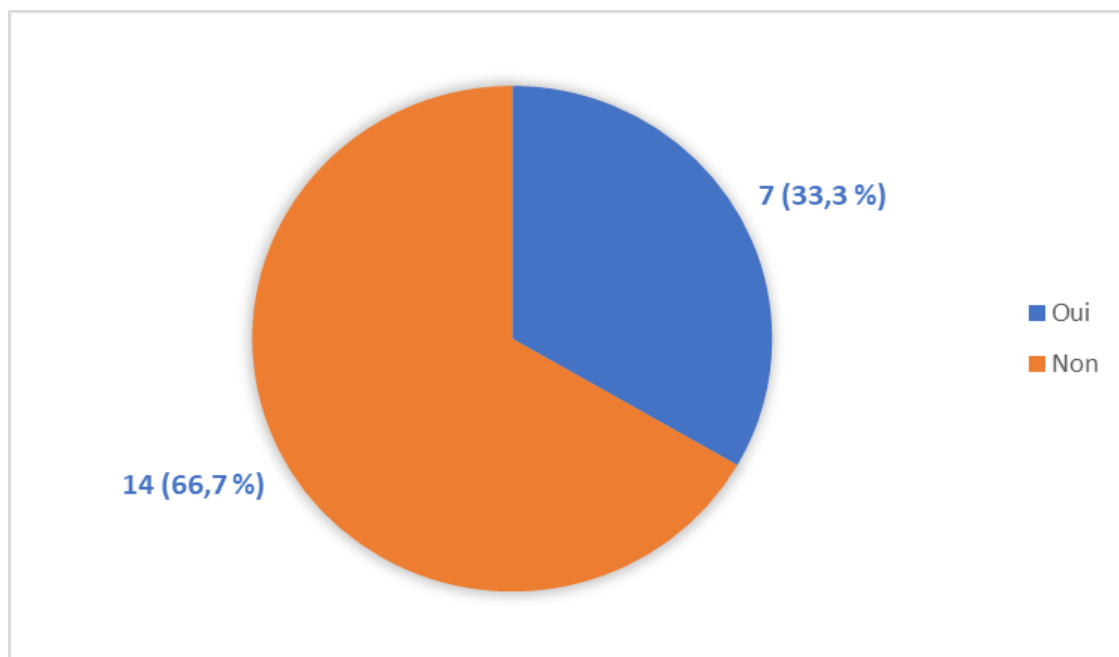


Figure J : Connaissance du site www.obesite-reunion.re du Centre Spécialisé de l'Obésité Réunion/Mayotte (CSO)

Concernant les bénéfices de l'activité physique chez les patients en surpoids ou obèses, le tableau XIV reprend les réponses aux propositions. Quatre réponses étaient prouvées scientifiquement. La proposition « perte de poids sans régime alimentaire », infirmée par les données de la littérature (2, 10), a été ajoutée pour évaluer les connaissances des médecins interrogés.

100 % des participants ont sélectionné la diminution des risques liés à la pathologie.

Réponse	Décompte	Pourcentage
Prévention de prise de poids excessive	34	79.1 %
Perte de poids sans régime alimentaire*	7	16.3 %
Perte de poids avec régime alimentaire	33	76.7 %
Maintien de la perte de poids	32	74.4 %
Diminution des risques liés à la pathologie	43	100.0 %

* Proposition infirmée par la littérature

Tableau XIV : Bénéfices de l'activité physique chez les patients en surpoids ou obèses

Trente-quatre (79.1 %) médecins remettaient des informations aux patients en surpoids ou obèses concernant l'activité physique dont dix (23.3 %) systématiquement (figure K). 100 % de ces médecins la transmettaient à l'oral et neuf (26.5 %) par écrit (tableau XV). Parmi les neuf médecins ne donnant jamais d'information sur l'activité physique, sept (77.8 %) ne le faisaient pas par manque de connaissances, un (11.1 %) par manque de temps et quatre d'entre eux (44.4 %) devant l'absence de demande de la part des patients (figure L).

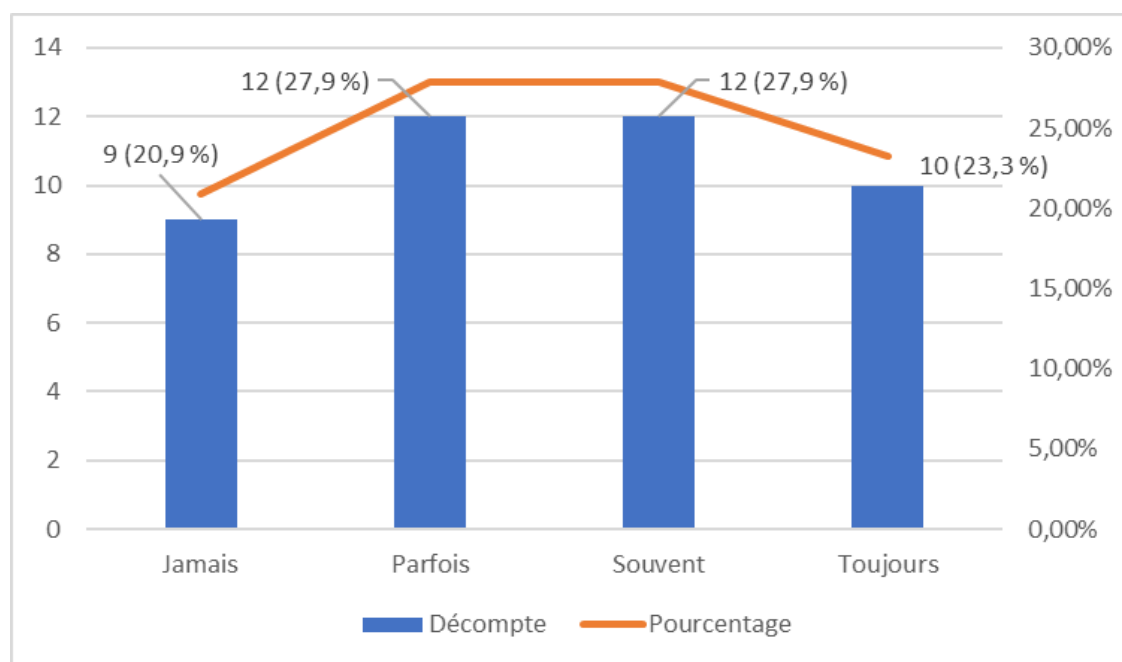


Figure K : Remise d'informations concernant l'activité physique aux patients obèses ou en surpoids

Réponse	Décompte	Pourcentage
Information orale	34	100.0 %
Information écrite	9	26.5 %

Tableau XV : Supports d'information concernant l'activité physique pour les patients obèses ou en surpoids

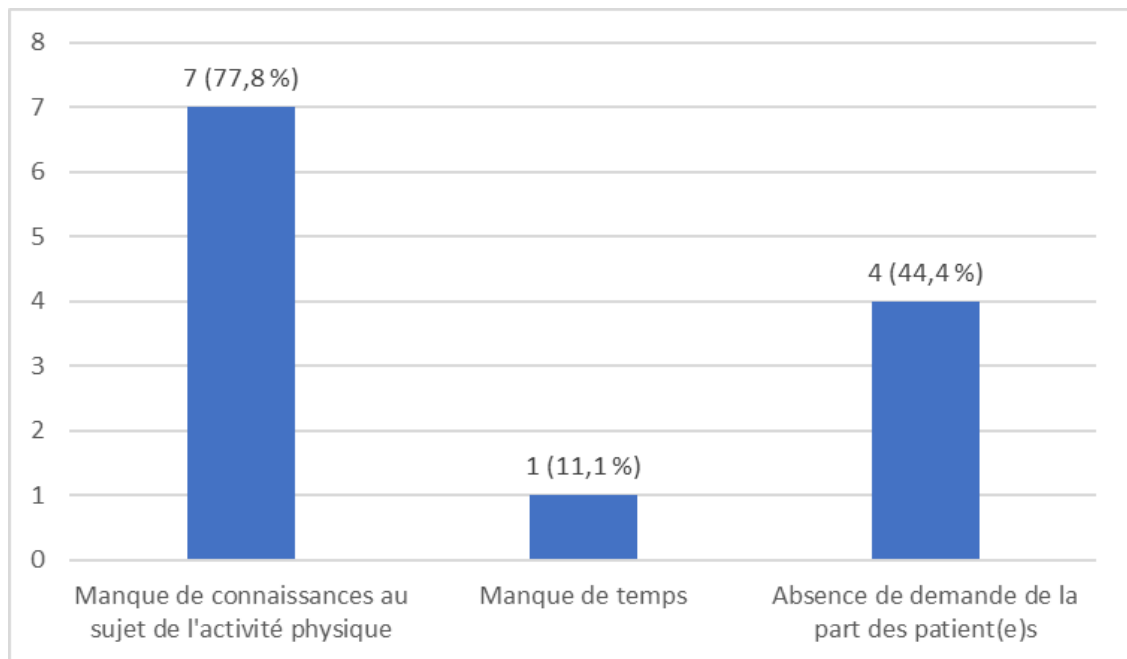


Figure L : Freins à l'information des patients en surpoids ou obèses concernant l'activité physique

8. Analyse Univariée

8.1. Analyse en fonction du sexe des participants

La part des femmes déclarant connaître l'APA était plus importante que celle des hommes avec respectivement 73.7 % pour les femmes et 45.8 % pour les hommes mais le test du Khi deux à 5 % ne permettait pas de conclure à une différence significative entre les deux sexes (Khi deux $p=0.07$) (figure M). La répartition par sexe concernant la connaissance des structures est équivalente avec 10.5 % des femmes et 16.7 % des hommes (Khi deux $p=0.56$), tout comme le niveau de prescription avec 26.3 % pour les femmes et 33.3 % pour les hommes (Khi deux $p=0.62$).

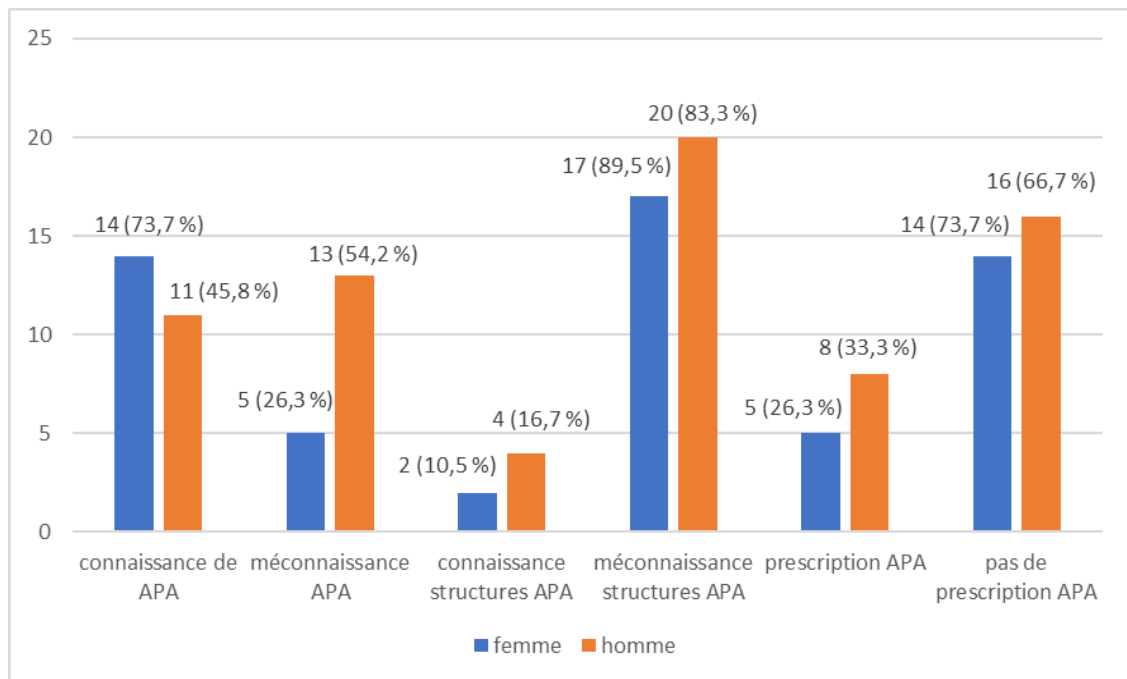


Figure M : Répartition des femmes et des hommes concernant la connaissance de l'activité physique adaptée (APA), de ses structures et de l'antécédent de prescription

8.2. Analyse en fonction de la tranche d'âge des participants

La tranche d'âge des trente-cinq à quarante-cinq ans était celle qui connaissait le plus l'APA avec 91.7 % des membres (figure N), suivie des quarante-six à cinquante-cinq ans avec 62.5 % et la moitié des moins de trente-cinq ans (50 %). Deux (28.6 %) cinquante-six à soixante-cinq ans connaissaient l'APA et aucun plus de soixante-cinq ans. L'analyse univariée retrouvait une différence significative entre les tranches d'âge (Fisher $p=0.02$).

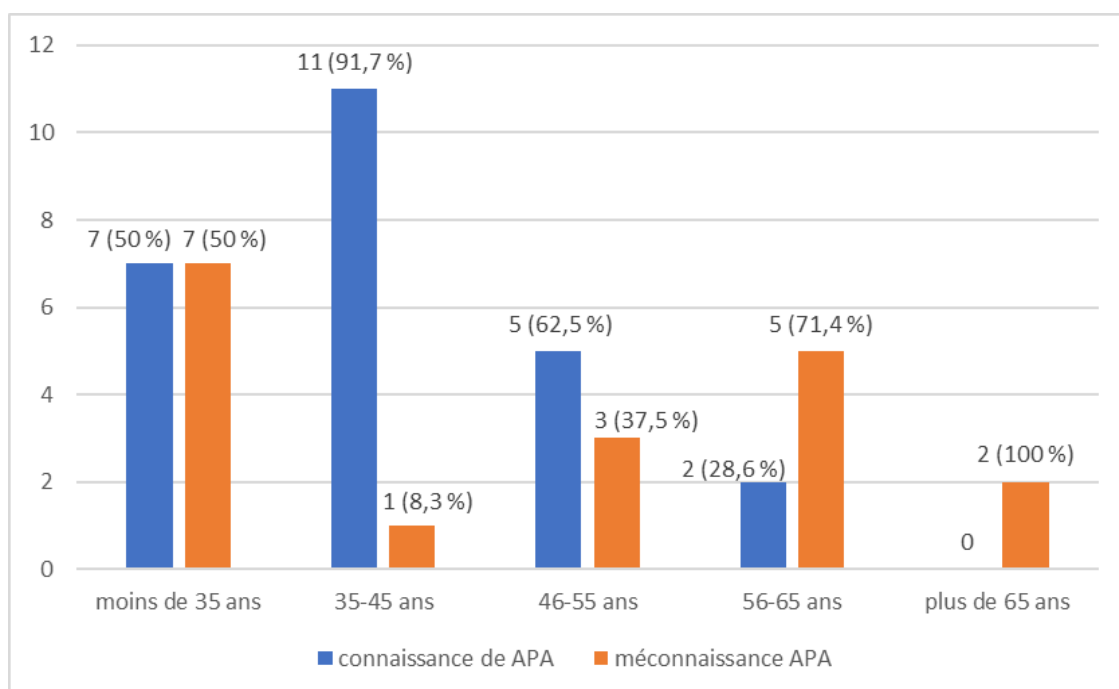


Figure N : Connaissance de l'activité physique adaptée (APA) par tranches d'âge

Aucun médecin de plus de soixante-cinq ans ou de moins de trente-cinq ans ne connaissait les structures d'APA. Les plus représentés étaient les quarante-six à cinquante-cinq ans avec 37.5 %. Il n'a pas été retrouvé de dépendance entre les deux variables (Fisher $p=0.13$) (figure N).

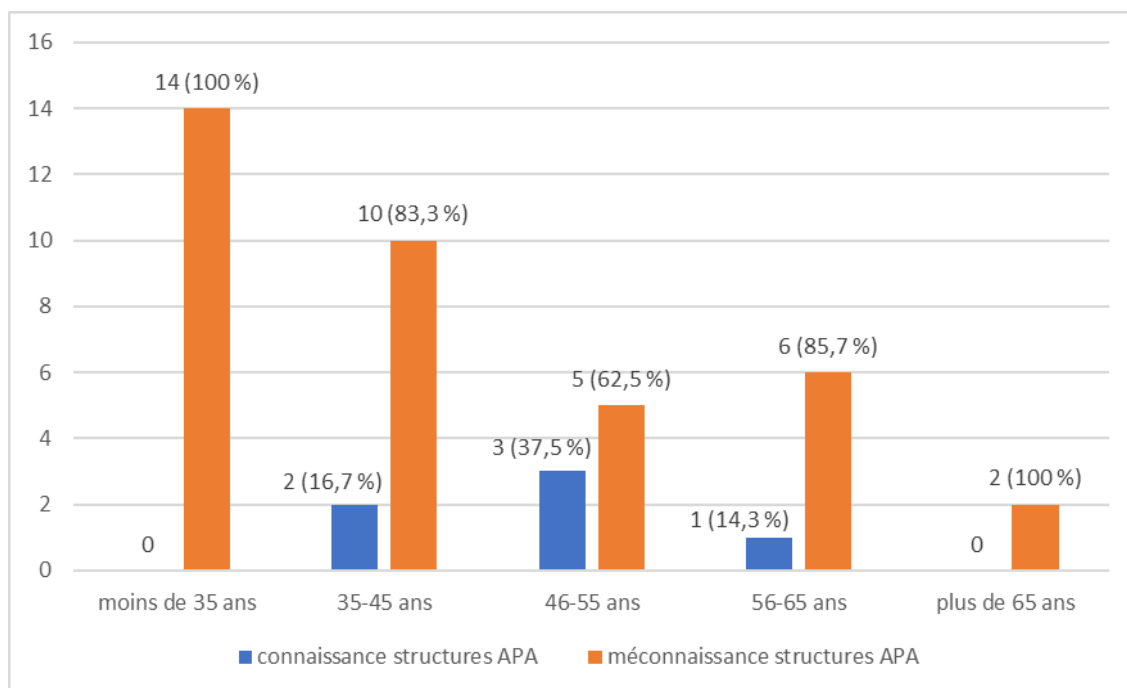


Figure O : Connaissance des structures d'activité physique adaptée (APA) par tranches d'âge

Un (7.1 %) médecin de moins de trente-cinq ans déclarait avoir prescrit de l'APA, 50 % des trente-cinq à cinquante-cinq ans également. 71.4 % des cinquante-six à soixante-cinq ans n'avaient jamais prescrit d'APA et 100 % des plus de soixante-cinq ans. Le test de Fisher ne retrouvait pas de dépendance entre les deux variables ($p=0.07$) (figure P).

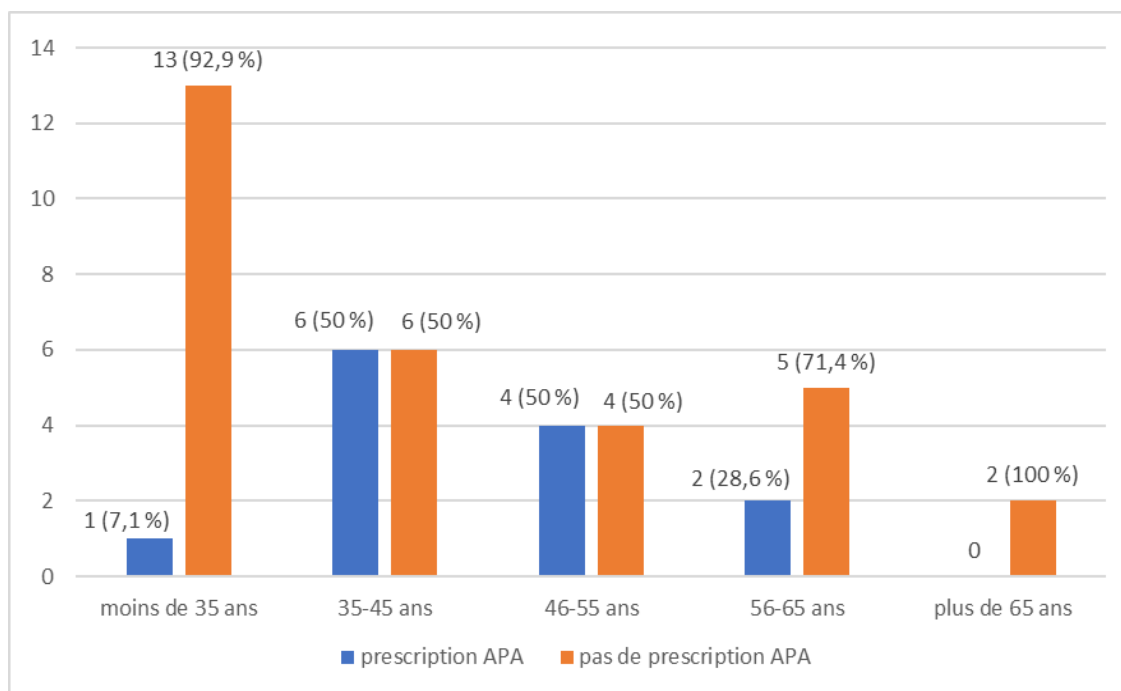


Figure P : Prescription d'activité physique adaptée (APA) par tranches d'âge

8.3. Analyse en fonction du lieu d'exercice des participants

Une plus grande part des médecins de Saint-Pierre connaissait l'APA avec 65.2 % contre 50 % de ceux exerçant au Tampon. Il en était de même avec la connaissance des structures d'APA avec respectivement 21.7 % pour Saint-Pierre et 5 % pour le Tampon ainsi que pour la prescription d'APA avec 43.5 % à Saint-Pierre et 15 % au Tampon (figure Q). Le Test du Khi deux ne retrouvait pas d'interaction du lieu d'exercice, que ce soit pour la connaissance de l'APA ($p=0.31$) ou de ses structures ($p=0.11$). La différence était cependant significative concernant la prescription d'APA ($p=0.04$).

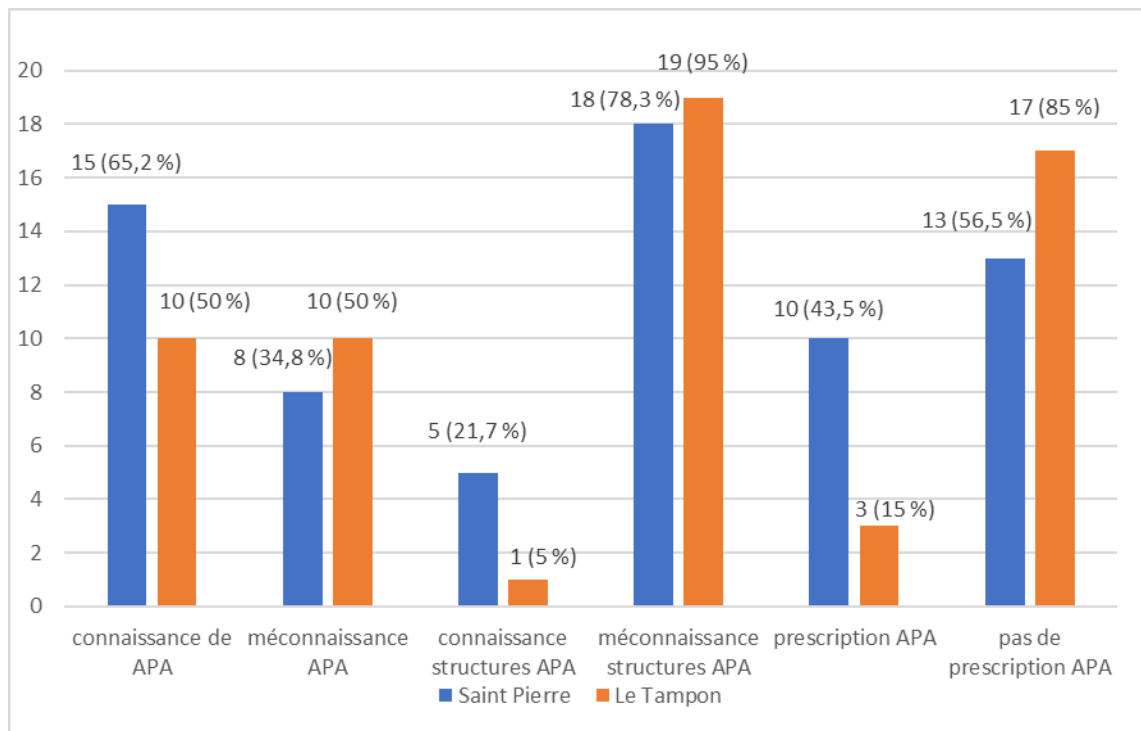


Figure Q : Répartition des médecins de Saint-Pierre et du Tampon concernant la connaissance de l'activité physique adaptée (APA), de ses structures et de sa prescription

8.4. Analyse en fonction du type d'exercice des participants

Les médecins exerçant en groupe et en tant que remplaçants connaissaient majoritairement l'APA avec respectivement 61.1 % et 75 %. Les médecins exerçant seuls ou avec plusieurs modes d'exercice étaient au contraire majoritaires à ne pas connaître l'APA (figure R). Il n'y avait pas de différence significative concernant la connaissance de l'APA (Fisher $p=0.54$).

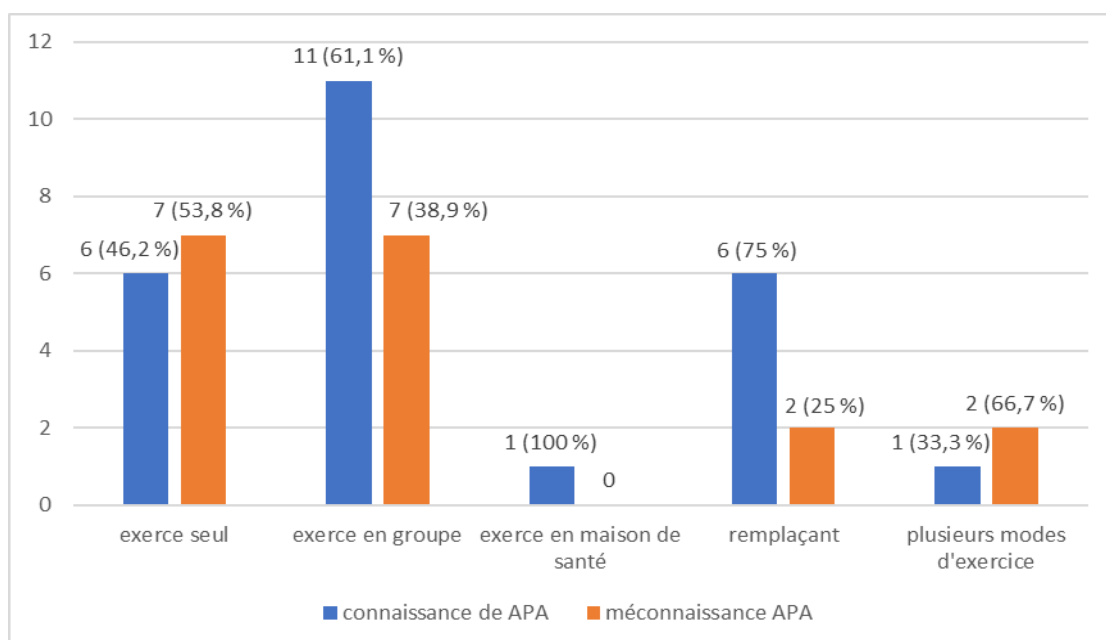


Figure R : Connaissance de l'activité physique adaptée (APA) en fonction du type d'exercice

Concernant les structures d'APA (figure S), aucun remplaçant ou médecin exerçant sur plusieurs modes ne les connaissait. Un (7.7 %) médecin exerçant seul connaissait les structures d'APA et quatre (22.2 %) parmi ceux travaillant en groupe. Le médecin en MSP déclarait les connaître. Le test de Fisher ne retrouve pas de dépendance entre les deux variables ($p=0.15$).

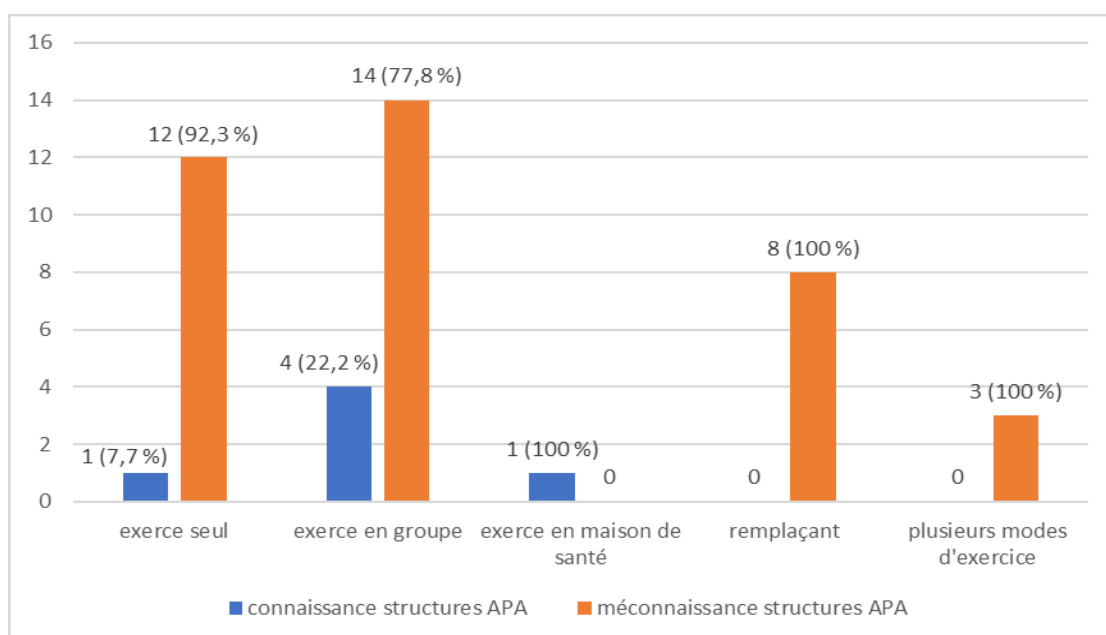


Figure S : Connaissance des structures d'activité physique adaptée (APA) en fonction du type d'exercice

Les médecins en groupe étaient ceux prescrivant le plus d'APA (44.4 %) suivis par les médecins exerçant seuls (23.1 %). Le médecin en MSP déclarait avoir déjà prescrit de l'APA. Un (12.5 %) remplaçant avait déjà prescrit de l'APA et aucun médecin exerçant sur plusieurs modes (figure T). Il n'y avait pas de différence significative entre les différents groupes (Fisher $p=0.17$).

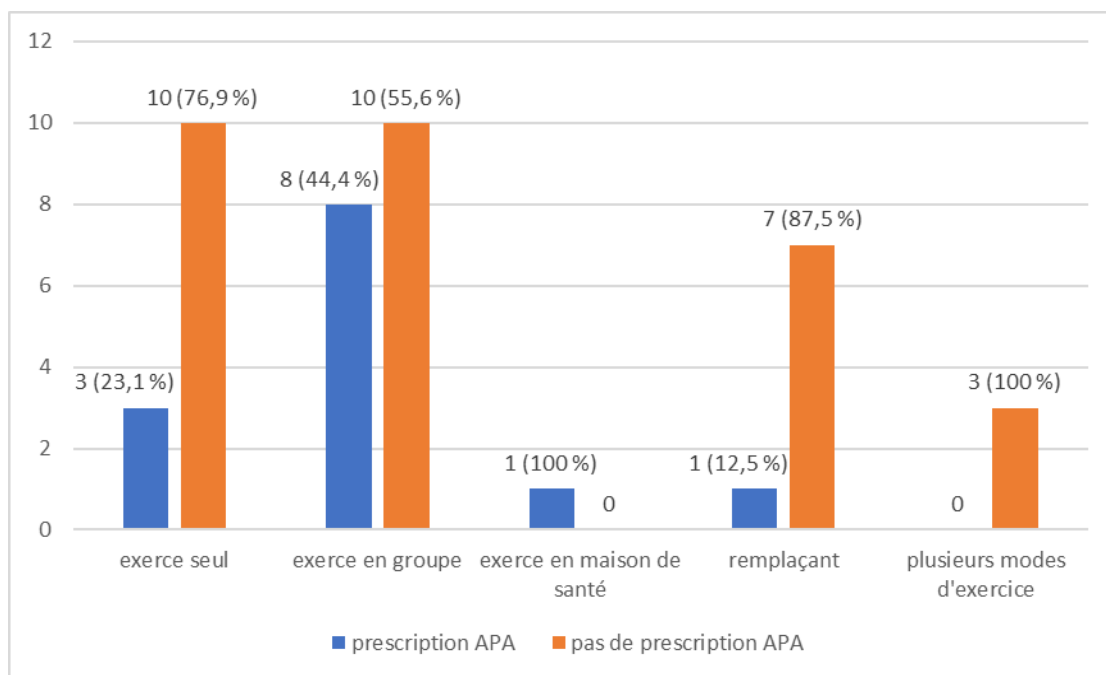
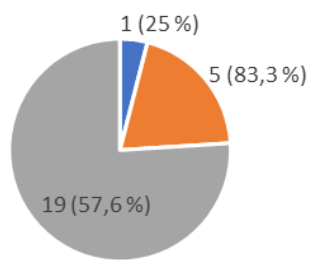


Figure T : Prescription d'activité physique adaptée (APA) en fonction du type d'exercice

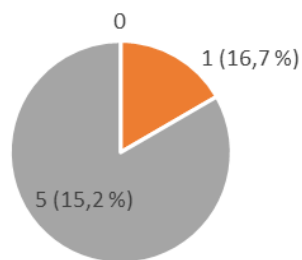
8.5. Analyse en fonction du niveau d'exercice physique des participants

Le groupe de médecins connaissant le plus l'APA, ses structures et l'ayant le plus prescrit était celui pratiquant une activité physique moins d'une fois par semaine avec 83.3 % des membres qui connaissaient l'APA, 16.7 % ses structures et 50 % qui avaient déjà prescrit de l'APA. Un (25 %) médecin sans activité physique connaissait l'APA et en avait prescrit et aucun ne connaissait les structures d'APA (figure U). Le test de Fisher ne retrouvait pas d'association entre le niveau d'activité physique du médecin prescripteur et la connaissance de l'APA ($p=0.54$), de ses structures ($p=0.15$) ou avec la prescription d'APA ($p=0.17$).

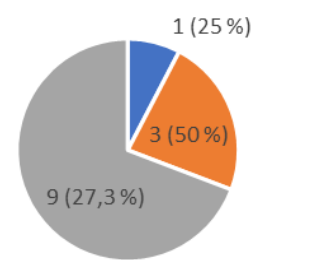
connaissance APA



structures APA



prescription APA



■ pas d'activité physique ■ activité physique <1/semaine ■ activité physique 1 à 4x/semaine

Figure U : Répartition des médecins en fonction de leur niveau d'activité physique concernant la connaissance de l'activité physique adaptée (APA), de ses structures et de sa prescription

DISCUSSION

La sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial alors qu'en France métropolitaine, près de 90 % des adultes déclarent trois heures ou plus de comportements sédentaires par jour et 42 % plus de sept heures (9). Dans le même temps, l'obésité a triplé depuis 1975 et est considérée, avec le surpoids, comme à l'origine de 5 % des décès annuels dans le monde.

Le premier objectif de cette étude était de faire état des connaissances et des pratiques des médecins généralistes du sud de La Réunion concernant l'APA et le second de rechercher les freins à la prescription d'APA par les médecins généralistes afin de proposer des pistes d'amélioration de la prescription.

1. Population de l'étude

La part de femmes dans notre étude était plus importante que celle recensée par l'ARS Océan Indien en 2019 (39) avec 44 % contre 34 % mais ce document ne prend pas en compte les remplaçants. Or selon l'Ordre National des Médecins (39), les femmes représentaient en 2015 61 % des remplaçants de Médecine Générale avec une tendance à la féminisation progressive, pourcentage équivalent à celui de notre étude (62.5 %). Les données de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) confirme cette notion avec cent trente-et-une femmes pour quatre-vingt-trois hommes parmi les remplaçants en médecine générale à La Réunion (40). Une autre étude (41) retrouvait même 50.4 % de femmes au 1^{er} janvier 2020.

La population de l'étude était bien plus jeune avec 32 % de moins de trente-cinq ans contre 7 % selon le recensement de 2019 (40) et 21 % de plus de cinquante-cinq ans contre 46 %. Cette différence pouvait notamment être en lien avec un biais de volontariat.

Concernant le mode d'exercice, la répartition était comparable aux données de la DREES concernant La Réunion au 1^{er} janvier 2020, avec une majorité de médecins exerçant seuls (42).

Les médecins avaient majoritairement une activité physique d'une à quatre fois par semaine avec 77 % d'entre eux. La répartition est comparable aux données de pratiques du Baromètre Santé Réunion (29).

Il existe probablement un biais de recrutement des participants malgré l'utilisation de multiples supports de recrutement des médecins généralistes : appels téléphoniques, messages sur des groupes privés professionnels sur le site de Facebook® et l'application WhatsApp®, dépôt au cabinet médical d'une carte professionnelle associée à une description de la thèse ou demande orale directe au médecin sur place, annonce en ligne dans la newsletter de l'URMLOI.

Il existe également un biais de non-réponse pour cette étude car après la prise de contact avec cent quarante-sept médecins généralistes et l'accord d'envoi d'un lien vers le questionnaire de soixante-quinze d'entre eux, seulement quarante-trois médecins ont entièrement répondu au questionnaire.

2. Principaux résultats

Notre étude montre que 58 % des médecins interrogés connaissent l'activité physique adaptée, ce qui est comparable à une étude de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) réalisée en 2015 (43) où 55 % des six cent trois médecins généralistes interrogés déclarent connaître la prescription d'APA. Plusieurs publications sur le sujet (7, 17, 37, 44, 45) évoquent le manque de connaissances et d'accessibilité des structures d'APA. Dans notre étude, seulement 14 % des participants déclarent connaître les structures d'APA. Une autre étude réalisée dans les Hauts-de-France (46) retrouve la même tendance avec 20.2 % des participants qui connaissent les structures d'APA. Le niveau de prescription est également semblable entre cette étude et la nôtre avec 30 % de médecins ayant déjà prescrit de l'APA.

La pathologie le plus souvent énoncée pour la prescription d'APA par les médecins est l'obésité qu'ils soient prescripteurs (76.9 %) ou non prescripteurs (63.3 %). 46,2 % des prescripteurs ne connaissent aucun des outils d'aide à la prescription évoqués, contre 86,7 % des non prescripteurs.

Les deux groupes évoquent le manque de connaissances des structures et le manque d'informations au sujet du parcours de soins comme frein à la prescription d'APA. Cette tendance est retrouvée au sujet du CSO avec moins de la moitié des participants qui le connaissent.

Le manque de connaissances au sujet de l'AP est également le principal frein à l'information des patients obèses. Seulement 26.5 % des médecins remettent une information écrite aux patients en surpoids ou obèses. La littérature (46, 47) évoque souvent le manque de temps pour les médecins généralistes mais seulement 7 % des médecins dans notre études en font état.

Concernant l'analyse univariée, il existe une différence significative du niveau de connaissances de l'APA selon les tranches d'âge (Fisher $p=0.02$). Les trente-cinq à cinquante-cinq ans sont les mieux informés et ceux qui prescrivent le plus. On retrouve cette tendance dans la littérature (48, 49). Les femmes semblent mieux connaître l'APA mais le faible effectif de l'étude explique probablement l'absence de différence significative selon le Khi deux.

Les médecins de Saint-Pierre prescrivent significativement plus que ceux du Tampon (Fisher $p=0.04$).

Le niveau d'activité physique des médecins ne semble pas influencer les connaissances et la prescription contrairement à ce qui est retrouvé dans d'autres études (47, 50), probablement lié au fait que la grande majorité des médecins interrogés ont le même niveau de pratique.

3. Points forts de l'étude

L'activité physique est au cœur des politiques internationales devant la croissance importante de la sédentarité et des maladies chroniques, engendrant un coût socio-économique majeur, malgré le développement de nombreux plans à tous les étages géographiques.

Il existe de très nombreuses études au sujet des bienfaits de l'activité physique sur de nombreuses pathologies chroniques mais peu ont évalué l'efficacité des mesures et des réseaux mis en place. Notre étude s'inscrit donc dans cette démarche avec aussi bien une évaluation des connaissances que des pratiques des médecins généralistes. La recherche des freins à la prescription permet également d'orienter vers des pistes d'amélioration des connaissances et du niveau de prescription de l'APA.

L'obésité étant un problème de santé publique majeur, notamment à La Réunion, qui regroupe plusieurs facteurs de risque socio-économiques concernant l'obésité, l'évaluation de la prescription d'APA à ce sujet nous paraît, dans ce cadre, un point important à explorer. Les médecins interrogés évoquent d'ailleurs majoritairement l'obésité comme la pathologie motivant une prescription d'activité physique.

Ceci est en accord avec les données de la littérature sur l'intérêt de l'APA dans la prise en charge de l'obésité (51) :

- Prévention de prise de poids : un niveau faible d'AP habituelle est associé à une plus grande prise de poids avec le temps.
- Maintien de la perte de poids après un régime restrictif chez l'adulte, limitation de la perte de masse musculaire lors d'un amaigrissement, induisant une diminution du métabolisme de base, facteur majeur de reprise de poids.
- Maintien de la santé chez les sujets obèses : réduction du tissu adipeux viscéral, facteur de risque cardiométabolique majeur (pour le diabète de type 2 notamment) quel que soit l'IMC, réduction de la mortalité totale, des risques cardiovasculaires et métaboliques indépendamment de la perte de masse grasse totale ou de la perte de poids globale.

Le choix d'évaluer l'utilisation d'outils d'aide à la prescription et la connaissance du CSO nous permet une première diffusion de leur existence.

Nos résultats sont comparables à d'autres études concernant le niveau de connaissances et de prescription de l'APA et la mise en évidence d'une différence de prescription en fonction de l'âge des prescripteurs. Les freins à la prescription d'AP sont également les mêmes que ceux évoqués dans la littérature hormis le manque de temps qui n'est que très peu énoncé par les participants. Le manque de puissance peut masquer l'influence de certains facteurs, notamment le sexe et le niveau d'AP des médecins, sur la connaissance et la prescription d'APA.

Enfin, notre étude prend d'autant plus d'importance avec le contexte sanitaire actuel. En effet, l'étude CoviPrev (52) lancée le 23 mars 2020 par Santé Publique France en population générale pour suivre l'évolution des comportements, notamment concernant l'alimentation et l'AP et de l'impact sur la santé mentale, montre que 47,4 % des personnes déclaraient une diminution de leur AP, 58,9 % une diminution de la marche et 37,1 % une diminution de l'activité sportive. Pendant le confinement, le temps moyen passé assis était de six heures et dix-neuf minutes par jour et un tiers des personnes interrogées passaient plus de sept heures assis par jour. 27 % des participants déclaraient avoir pris du poids. Il paraît donc d'autant plus important de promouvoir les bienfaits de l'AP auprès de la population afin de limiter l'impact des restrictions sanitaires et du confinement sur leur santé.

4. Perspectives

Cette étude pourrait être reproduite à l'échelle régionale afin d'être plus représentative de la diversité du territoire et d'augmenter sa puissance. Il existe d'ailleurs une différence significative de prescription entre les deux agglomérations étudiées bien qu'elles soient voisines. Une analyse en fonction du lieu d'exercice (urbain/rural) pourrait préciser l'origine de cette différence.

La géographie difficile de La Réunion engendre des disparités sociales importantes, avec parfois un grand isolement social et économique associé à une pauvreté de l'offre de soins. Une analyse des besoins et des attentes des habitants des territoires les plus isolés pourrait permettre d'adapter les prises en charge de ses derniers.

L'engagement des patients au cœur de l'AP est principalement motivé par le plaisir et l'intérêt qu'ils y trouvent mais aussi par leurs croyances en termes de bénéfices perçus, aussi bien pour la santé physique que pour leur bien-être psychologique (51). La connaissance des bénéfices de l'AP sur la pathologie du patient et la capacité à évaluer ses attentes et ses craintes (annexe VI) devrait donc faire partie de la formation des médecins généralistes.

Une étude spécifique sur les besoins et les attentes des médecins généralistes de La Réunion pourrait aussi permettre de développer des outils plus accessibles et efficaces pour améliorer les connaissances et la prescription d'APA. La centralisation de l'information sur un support unique à l'échelle régionale pourrait augmenter la visibilité des outils et des structures. Plusieurs réseaux (53, 54, 55, 56, 57, 58) ont d'ailleurs fait ce choix.

Strasbourg a publié en 2016 un rapport d'activité (59) de son dispositif « Sport Santé sur ordonnance ». Ce rapport donne les chiffres clés concernant les patients inclus et ceux sortis du dispositif, la répartition des participants en fonction du sexe, de l'âge, de la profession, de lieu de résidence. Il fait état également d'une « tarification solidaire » pour les plus démunis, avec gratuité de la première année et réduction du tarif par la suite calculée en fonction du quotient familial. Il reprend également la participation des médecins traitants au dispositif, le délai de prise en charge ou encore les activités proposées et regroupe l'ensemble des travaux scientifiques en cours au sujet du dispositif.

CONCLUSION

L'obésité et la sédentarité sont deux problèmes de santé publique majeurs à l'origine de plusieurs millions de décès par an et cofacteur de nombreuses pathologies. La promotion de l'activité physique, notamment par la prescription d'activité physique, est donc devenue un objectif mondial. La Réunion, marquée par une forte prévalence de l'obésité et des maladies chroniques n'échappe pas à cette problématique.

Dans ce contexte, nous avons réalisé une étude transversale descriptive par questionnaire en ligne auprès d'un échantillon de la population de médecins généralistes du Sud de La Réunion sur la période d'avril à juin 2021 afin de faire état de leurs connaissances et pratiques de prescription de l'APA. Il en ressort un niveau très faible de connaissances et de prescription de l'APA et un manque de visibilité important des structures d'APA, notamment chez les plus jeunes médecins généralistes, malgré les informations relayées par le CSO, l'ARS ou encore la DRDJSCS.

Le manque de connaissances au sujet de l'activité physique et du parcours de soins sont d'ailleurs les freins principaux évoqués par les participants. Les nombreux outils déjà en place pour prescrire l'APA sont également très peu connus et utilisés, avec une information aux patients obèses ou en surpoids principalement transmise oralement.

Il paraît intéressant par la suite d'élargir le champ de l'étude à l'échelle régionale pour augmenter la puissance de cette recherche et d'évaluer précisément les besoins et les attentes des médecins généralistes de La Réunion afin d'établir un outil idéalement unique de promotion et d'aide à la prescription de l'activité physique adaptée.

Le contexte sanitaire actuel et l'impact sanitaire des mesures contre la pandémie de SARS-CoV-2 donnent d'autant plus d'importance à la promotion de l'AP et à l'amélioration des connaissances de ses bienfaits, aussi bien auprès de la population que des professionnels de santé, et d'améliorer l'accès à l'AP.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Activité physique [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
2. Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medecale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante
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. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/actualisation-des-rep%C3%A8res-du-pnns-r%C3%A9visions-des-rep%C3%A8res-relatifs-%C3%A0-l%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-%C3%A0>
5. World Health Organization. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2010.
6. OMS | La sédentarité: un problème de santé publique mondial [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/fr/
7. Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. JAMA. 9 avr 2003;289(14):1785-91.
8. Mozaffarian D, Hao T, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. N Engl J Med. 23 juin 2011;364(25):2392-404.
9. SPF. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 2e édition [Internet]. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: </import/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-activit>
10. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports. 2015;25(S3):1-72.
11. Assemblée mondiale de la Santé 65. Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et du plan d'action : rapport du Secrétariat

- [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2012 [cité 26 août 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/80860>
12. Article 144 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913897
 13. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en oeuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. [Internet]. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=42071>
 14. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée | SFP-APA [Internet]. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.sfp-apa.fr/>
 15. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 [Internet]. sports.gouv.fr. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/>
 16. Découvrez les Maisons Sport-Santé les plus proches de chez vous [Internet]. sports.gouv.fr. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/maisons-sport-sante/maisons-sport-sante-carte>
 17. Charles M, Larras B, Bigot J, Praznoczy C. L'activité physique sur prescription en France : état des lieux en 2019. Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Vichy : Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être ; octobre 2019.
 18. Sport Santé - Loisir, bien-être, santé par le sport [Internet]. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.sport-sante.fr/fr/adherents/animateurs/les-fondamentaux-du-sport-sante/actus/6461-.html>
 19. Test de niveau d'activité physique | Manger Bouger [Internet]. [cité 6 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/Bouger-plus/Vos-outils/Test-de-niveau-d-activite-physique>
 20. Catalogue d'activités physiques | Manger Bouger [Internet]. [cité 6 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/Bouger-plus/Vos-outils/Catalogue-d-activites-physiques>
 21. Aide à la prise en charge médicale des activités physiques et sportives - MÉDICOSPORT-SANTÉ [Internet]. VIDAL. [cité 6 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
 22. OMS | Étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/childgrowth/mgrs/fr/>

23. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
24. SPF. Étude nationale nutrition santé, ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) [Internet]. [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: </determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/etude-nationale-nutrition-sante-enns-2006.-situation-nutritionnelle-en-france-en-2006-selon-les-indicateurs-d-objectif-et-les-reperes-du-programm>
25. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_5.html
26. Trésor D générale du. Trésor-Éco n° 179 - Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? [Internet]. Direction générale du Trésor. 2016 [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2016/09/06/tresor-eco-n-179-obesite-quelles-consequences-pour-l-economie-et-comment-les-limiter>
27. De D, DANNE (Anne) DE, SIBONI (Karine). Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité. Rapport au Président de la République. Décembre 2009. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique. In 2010 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=415662>
28. CAB_Solidarites, CAB_Solidarites. Lancement du 4ème Programme national nutrition santé 2019-2023 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 26 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/lancement-du-4eme-programme-national-nutrition-sante-2019-2023>
29. SPF. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - La Réunion [Internet]. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: </ocean-indien/premiers-resultats-du-barometre-sante-dom-2014-la-reunion>
30. Tableau de bord La nutrition-santé à La Réunion - ORS Océan Indien [Internet]. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ors-ocean-indien.org/tableau-de-bord-la-nutrition-sante-a-la-reunion,233.html>
31. Dossier complet – France métropolitaine | Insee [Internet]. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=METRO-1>
32. Dossier complet – Département de La Réunion (974) | Insee [Internet]. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-974#chiffre-cle-5>
33. Cartographie de la pauvreté à La Réunion - Insee Analyses Réunion - 34 [Internet]. [cité 17 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3619236>

34. Présentation du label Sport santé bien-être - DJSCS de La Réunion [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <http://reunion.drjscs.gouv.fr/spip.php?article817>
35. Sport Santé et Bien Etre : Trouver une activité sportive prêt de chez moi à La Réunion [Internet]. FR. 2020 [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://masante.ojis.re/portal//thematiques/sport-activite-physique/sport-sante-et-bien-etre-trouver-une-activite-sportive-pret-de-chez-moi-a-la-reunion,141,879.html>
36. L'annuaire des activités SSBE labellisées - DJSCS de La Réunion [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <http://reunion.drjscs.gouv.fr/spip.php?article818>
37. Lucie Dubois. Facteurs limitant la prescription du "sport sur ordonnance" de Caen et pistes d'amélioration : étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. ffdumas-02472839f
38. Indicateurs Santé-Social à La Réunion - ORS La Réunion [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ors-reunion.fr/indicateurs-sante-social-a-la-reunion-130.html>
39. Les médecins généralistes à La Réunion | Agence de Santé Océan Indien [Internet]. [cité 6 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-medecins-generalistes-la-reunion>
40. Vilanova J. LA DEMOGRAPHIE DES MEDECINS Situation au 1er janvier 2014 – Comparatif 2007/2014 - Projection – DCV/RIM – La Médicale. 1 janv 2015;51.
41. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 11 juill 2021]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
42. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 11 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
43. Kraus F, Mercier T. Les médecins généralistes et la prescription d'activités physiques [Internet]. IFOP. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-medecins-generalistes-et-la-prescription-dactivites-physiques/>
44. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin [Internet]. IRBMS. 2014 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/l'activite-physique-comme-medicaments...-l'avis-de-medecins-generalistes/>
45. Rapport IGAS - IGJS : Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé [Internet]. sports.gouv.fr. [cité 13 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/actualites/article/Rapport-IGAS-IGJS-Evaluation-des-actions-menees-en-matiere-d-activite-physique-et-sportive-a-des-fins-de-sante>

46. Lacharme C-A. Quels sont les attentes des médecins généralistes d'un réseau afin de les aider dans la prescription d'activités physiques adaptées ? [Internet]. 2020 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2020/12/Th%C3%A8se-Version-Finale.pdf>
47. Hébert ET, Caughey MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. Br J Sports Med. juill 2012;46(9):625-31.
48. Physical-activity prescription for obesity management in primary care: Attitudes and practices of GPs in a southern French city | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 13 juill 2021]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1262363612000110?token=02D1B6D5C6150F9F9323E9C134F05050CE84A610544F5C5A122C3C15C5E86B7CF74F1127D4936AFBC92434C1D00B9BC5&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210712034856>
49. Walsh JM, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. Am J Prev Med. mai 1999;16(4):307-13.
50. Prescription d'AP : connaissances et besoins des médecins d'Ile-de-France [Internet]. IRBMS. 2019 [cité 13 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/prescription-apa-enquete-medecins-ile-de-france/>
51. Activité physique, prévention et traitement des maladies chroniques – Une expertise collective de l'Inserm [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2019 [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/activite-physique-prevention-et-traitement-des-maladies-chroniques-une-expertise-collective-de-linserm/33622/>
52. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>
53. PRESCRIPTION APA – IMAPAC [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://imapac.fr/prescription-apa-2/>
54. Kit d'aide à la prescription | Azur Sport Santé [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://azursportsante.fr/outils/kit-daide-a-la-prescription/>
55. Un guide et des référentiels pour faciliter la prescription d'activité physique [Internet]. Prescirmouv Grand Est. 2018 [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.prescirmouv-grandest.fr/actualite/un-guide-et-des-referentiels-pour-faciliter-la-prescription-dactivite-physique/>
56. La forme sur ordonnance : Médecins [Internet]. Crooms. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.sport-sante-auvergne-rhone-alpes.fr/intermediaires/la-forme-sur-ordonnance-medecins/>

57. Sport-Santé - Accueil Prescri'forme [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur:
https://www.prescriforme.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=153&Itemid=1594
58. Bauduer F, Vanz E, Guillet N, Maurice S. La prescription d'activité physique par le médecin traitant : l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé. Sante Publique. 9 sept 2018;Vol. 30(3):313-20.
59. Sport santé sur ordonnance à Strasbourg [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>

ANNEXES

Annexe I : Niveaux de limitation fonctionnelle ou phénotype fonctionnel

TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS					
Fonctions		Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
Fonctions locomotrices	Fonction neuro musculaire	Normale	Altération minime de la motricité et du tonus	Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction ostéo articulaire	Normale	Altération au max de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes	Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvements simples	Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Pas ou peu de fatigue	Fatigue rapide après une activité physique intense	Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Force normale	Baisse de force, mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
	Marche	Distance théorique normale couverte en 6mn = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{sexe})$, avec sexe=0 pour les femmes, sexe=1 pour les hommes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82% de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à 150 m.
Fonctions cérébrales	Fonctions cognitives	Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat	Bonne stratégie, lenteur, adaptation possible, bon résultat	Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Aucune altération de la compréhension ou de l'expression	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/Dépression	Ne présente aucun critère d'anxiété et/ou de dépression	Arrive à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
Fonctions sensorielles + douleur	Capacité visuelle	Vision des petits détails à proche ou longue distance	Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans l'environnement non perturbée	Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familier	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier
	Capacité sensitive	Stimulations sensibles perçues et localisées	Stimulations sensibles perçues mais mal localisées	Stimulations sensibles perçues mais non localisées	Stimulations sensibles non perçues, non localisées.
	Capacité auditive	Pas de perte auditive.	La personne fait répéter.	Surdité moyenne. La personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	Equilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité	Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	Douleur constante avec ou sans activité

Annexe II : Questionnaire de santé « QS-SPORT »

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Annexe III : Questionnaire de Marshall

QUESTIONNAIRE DE MARSHALL

Date de passage du questionnaire :

Nom :

Prénom :

Consignes :

Remplissez le questionnaire. Pour chaque question, vous choisissez une seule réponse.

Vous répondez à toutes les questions.

- A.** Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter ?

Par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide

plus de 3 fois par semaine (score : 4)

1 à 2 fois par semaine (score : 2)

jamais (score : 0)

- B.** Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement ?

Par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer du tennis en double

plus de 5 fois par semaine (score : 4)

3 à 4 fois par semaine (score : 2)

1 à 2 fois par semaine (score : 1)

jamais (score : 0)

Lecture* des résultats :

Vous additionnez les scores obtenus à la question A et à la question B.

Reportez-vous au tableau de résultats ci-dessous

Résultats	Commentaires
Score → 4 = "suffisamment" actif	encourager le pratiquant à continuer
Score 0-3 = "insuffisamment" actif	encourager le pratiquant à en faire plus

Annexe IV : Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants

Tampon du Médecin	
--------------------------	--

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant , à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique 1), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire2:

.....
.....

Document remis au patient ☐

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu date signature cachet professionnel

1 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 ALD

2 Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans la cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)

Annexe V : Questionnaire en ligne



La problématique :

La sédentarité est le 4ème facteur de risque de mortalité au niveau mondial avec 6 % des décès soit environ 3.2 millions de décès par an. Sur le plan mondial, 5 % de la mortalité est imputable au surpoids et à l'obésité. 1.9 milliards d'adultes étaient en surpoids en 2016 soit 39 %, 13 % d'obèses, 38 millions d'enfants en surpoids ou obèses en 2019 et 340 millions des 5-19 ans en 2016 soit 18 %. Il s'agit donc d'une problématique de santé publique majeure qui a portée l'augmentation de l'activité physique comme une des priorités internationales, relayée en France dans de nombreux plans et par la mise en place de la prescription médicale d'activité physique adaptée pour les patients atteints de maladies chroniques pour lesquelles l'activité physique est reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse. L'évaluation des pratiques de prescription de l'activité physique adaptée est l'un des objectifs évoqués dans le Projet National Nutrition Santé (PNNS). Malgré l'intérêt médical largement démontré des programmes d'APA, l'utilisation de cette thérapeutique non médicamenteuse n'est pas suffisamment enseignée dans les cursus de médecine et des autres professions de santé. Très souvent, les professionnels de santé ne connaissent pas les métiers du sport santé, les programmes d'activité physique adaptée et les qualifications requises. Ils ne connaissent pas non plus les ressources disponibles de leur territoire malgré le développement de nombreux outils d'aide à la prescription et de réseaux régionaux.

Finalités de l'étude :

- Décrire l'état des connaissances et des pratiques de prescription de l'APA au travers d'un questionnaire auprès de médecins généralistes du sud de la Réunion.
- Evaluer les freins à la prescription de l'activité physique adaptée par les médecins généralistes.
- Proposer des pistes d'amélioration de la prescription.

Merci de bien vouloir prendre quelques minutes afin de répondre à ce questionnaire.

Partie A: Généralités

A1. Sexe :

Féminin ☐

Masculin ☐



A2. Tranche d'âge :

- Moins de 35 ans ☐
- 35-45 ans ☐
- 46-55 ans ☐
- 56-65 ans ☐
- Plus de 65 ans ☐

A3. Lieu d'exercice :

- Saint-Pierre ☐
- Le Tampon ☐

A4. Vous exercez dans un cabinet libéral :

- seule(e) ☐
- En groupe ☐
- En maison de santé pluriprofessionnelle ☐
- En tant que remplaçant(e) ☐
- Autre ☐

Autre

A5. Pratiquez-vous une activité physique ?

- Non ☐
- Moins de 1 fois par semaine ☐
- 1 à 4 fois par semaine ☐
- Au moins 5 fois par semaine ☐

A6. Connaissez-vous l'activité physique adaptée (APA) ?

- Oui ☐
- Non ☐

A7. Connaissez-vous les structures d'APA ?

- Oui ☐
- Non ☐



A8. Avez-vous déjà prescrit de l'activité physique adaptée à un(e) patient(e) ?

Oui ☐

Non ☐

Partie B: Vous avez déjà prescrit de l'activité physique adaptée.

B1. Pour quelle(s) pathologie(s) ?

Obésité ☐

Diabète de type 1 ou 2 ☐

Pathologie cardiovasculaire ☐

Insuffisance rénale chronique et/ou post-greffe rénale ☐

Pathologie neurodégénérative ☐

Cancer ☐

Pathologie respiratoire chronique ☐

Pathologie psychiatrique ☐

Pathologie rhumatologique ☐

Autre ☐

Autre

B2. Qu'évaluez-vous avant la prescription ?

Le poids ☐

La taille ☐

L'indice de masse corporelle (IMC) ☐

Le périmètre abdominal ☐

Le niveau d'activité physique habituel ☐

Le niveau de motivation ☐

L'intensité de l'activité physique envisagée ☐

Le risque cardiovasculaire ☐

Les autres risques du patient à la pratique d'une activité physique : comorbidités, traitements en cours, blessures musculosquelettiques ☐



Aucune évaluation préalable

☐

Autre

☐

Autre

B3. Quel(s) outil(s) d'aide à la prescription avez-vous utilisé ?

Le Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé de l'HAS

☐

Le Médicosport-Santé

☐

Le site Sport-Santé.fr

☐

Le formulaire spécifique de prescription de l'activité physique adaptée

☐

Le référentiel des activités physiques du label Sport Santé Bien Etre disponible sur masanté.re de l'Agence régionale de Santé (ARS) ou sur le site reunion.drjcs.gouv.fr (Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale)

☐

Aucun

☐

Autre

☐

Autre

B4. Quel(s) outil(s) connaissez-vous parmi ceux cités ?

Le Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé de l'HAS

☐

Le Médicosport-Santé

☐

Le site Sport-Santé.fr

☐

Le formulaire spécifique de prescription de l'activité physique adaptée

☐

Le référentiel des activités physiques du label Sport Santé Bien Etre disponible sur masanté.re de l'Agence régionale de Santé (ARS) ou sur le site reunion.drjcs.gouv.fr (Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale)

☐

Aucun

☐

Autre

☐

Autre



B5. Si vous avez utilisé ou connaissez d'autres outils, veuillez les citer ci-dessous :

B6. Vous concernant, quels sont les freins principaux à la prescription d'activité physique adaptée ?

- Manque de connaissances au sujet de l'activité physique ☐
- Manque d'informations au sujet du parcours de soins de la prescription de l'activité physique adaptée ☐
- Manque de structures de prise en charge ☐
- Manque de connaissances des structures de prise en charge ☐
- Manque de temps ☐
- Absence de prise en charge financière ☐
- Manque de motivation des patients ☐
- Autre ☐

Autre

Partie C: Vous n'avez jamais prescrit d'activité physique adaptée.

C1. A votre avis, pour quelle(s) raison(s) ?

- Manque de connaissances au sujet de l'activité physique ☐
- Manque d'informations au sujet du parcours de soins de la prescription de l'activité physique adaptée ☐
- Manque de structures de prise en charge ☐
- Manque de connaissances des structures de prise en charge ☐
- Manque de temps ☐
- Absence de prise en charge financière ☐
- Manque de motivation des patients ☐



Autre



Autre

C2. Pour quelle pathologie en prescririez-vous le plus facilement ?

Obésité

☐

Diabète de type 1 ou 2

☐

Pathologie cardiovasculaire

☐

Insuffisance rénale chronique et/ou post-greffe rénale

☐

Pathologie neurodégénérative

☐

Cancer

☐

Pathologie respiratoire chronique

☐

Pathologie psychiatrique

☐

Pathologie rhumatologique

☐

Autre

☐

Autre

C3. Quel(s) outil(s) d'aide à la prescription connaissez-vous ?

Le Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé de l'HAS

☐

Le Médicosport-Santé

☐

Le site Sport-Santé.fr

☐

Le formulaire spécifique de prescription de l'activité physique adaptée

☐

Le référentiel des activités physiques du label Sport Santé Bien Etre disponible sur masanté.re de l'Agence régionale de Santé (ARS) ou sur le site reunion.drjcs.gouv.fr (Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale)

☐

Aucun

☐



Autre

☐

Autre

C4. Si vous avez utilisé ou connaissez d'autres outils, veuillez les citer ci-dessous :

Partie D: L'obésité des adultes.

D1. Comment organisez-vous la prise en charge des patient(e)s en surpoids ou obèses ?

Seul(e) au cabinet

☐

Suivi par diététicien(ne)

☐

Avis d'un médecin nutritionniste

☐

Avis d'un(e) endocrinologue

☐

Avis auprès d'une structure dédiée à l'obésité

☐

Autre

☐

Autre

D2. Connaissez-vous le Centre Spécialisé de l'Obésité Réunion/Mayotte (CSO) ?

Oui

☐

Non

☐



Partie E: Vous connaissez le CSO.

E1. Avez-vous déjà adressé un(e) patient(e) obèse au CSO ?

Oui ☐

Non ☐

E2. Connaissez vous le site du CSO www.obesite.re ?

Oui ☐

Non ☐

Partie F: Activité physique chez les patient(e)s en surpoids ou obèses

F1. A votre avis, quelles sont les bénéfices de l'activité physique chez les patient(e)s en surpoids ou obèses ?

Prévention de prise de poids excessive ☐

Perte de poids sans régime alimentaire ☐

Perte de poids avec régime alimentaire ☐

Maintien de la perte de poids ☐

Diminution des risques liés à la pathologie ☐

Autre ☐

Autre

F2. Remettez-vous aux patient(e)s obèses ou en surpoids des informations au sujet de l'activité physique ?

Jamais ☐

Parfois ☐

Souvent ☐

Toujours ☐

Partie G: Vous ne remettez jamais d'informations aux patient(e)s en surpoids ou obèses.

G1. Pour quelle(s) raison(s) ?

Manque de connaissances au sujet de l'activité physique ☐



Manque de temps ☐

Absence de demande de la part des patient(e)s ☐

Autre ☐

Autre

Partie H: Vous remettez des informations aux patient(e)s en surpoids ou obèses.

H1. Sous quelle(s) forme(s) ?

Information orale ☐

Information écrite ☐

Autre ☐

Autre

Merci pour votre participation.

Annexe VI : Prescription d'activités physiques (AP) – Freins et leviers

Les obstacles ressentis	Les conseils à prodiguer
Trop vieux	Mettre l'accent sur : • Les bienfaits de l'AP et ses effets sur la qualité de vie et l'indépendance fonctionnelle. • L'amélioration des capacités d'adaptation à l'effort quel que soit l'âge. • L'aide potentielle à la socialisation (plaisir de partager avec d'autres personnes, de passer un moment agréable). • La qualification des professionnels qui pourront adapter individuellement la pratique de l'AP. • Lever l'ambiguïté entre le sport et l'AP sans notion de performance.
Manque d'intérêt	Mettre l'accent sur : • La diversité des AP, le caractère ludique. • Le lien social, la possibilité de rencontrer des nouvelles personnes et de profiter de nouveaux environnements (nature, infrastructures). • Les bénéfices pour la santé, la condition physique et le maintien de l'autonomie.
Effort trop important/ trop fatigué	Mettre l'accent sur : • Le rôle de l'AP sur la réduction de la sensation de fatigue et d'essoufflement. • Le rôle de l'AP sur le sommeil. • Le rôle de l'inactivité physique sur le déconditionnement (spirale : moins je bouge -> moins je suis capable de bouger -> moins j'ai envie de bouger). • La progressivité de la pratique : un effort faible/modéré est bénéfique s'il est fait régulièrement.
Manque de temps	Mettre l'accent sur : • Les déplacements actifs (marche, vélo, escaliers) qui sont facilement mobilisables. • Le modèle gagnant-gagnant des AP de la vie quotidienne. • Le fractionnement des périodes d'AP tout en gardant ses effets bénéfiques sur la santé. • Les effets de l'AP sur la santé et la condition physique même pour des volumes et/ou intensités réduits.
Météo défavorable	Mettre l'accent sur : • Les effets des AP de la vie quotidienne (ménage, bricolage, etc.) • Les AP à domicile. • Les AP en centre sportif.
Déplacements difficiles	Mettre l'accent sur : • La possibilité de pratique proche du domicile. • La pratique d'AP en groupe avec son entourage (déplacement en groupe). • Les AP à domicile, au besoin avec l'aide des nouvelles technologies. • L'effet de l'AP sur l'amélioration des déplacements à moyen terme.
Coût trop élevé	Mettre l'accent sur : • Certaines AP comme la marche sont gratuites. • Faire de l'exercice chez soi ne coûte rien (exemple : exercices avec le poids du corps). • Des programmes d'AP peuvent être subventionnés par les villes ou les complémentaires santé, etc.
Crainte des blessures/ de douleurs	Mettre l'accent sur : • Les périodes d'échauffement et de récupération. • La progressivité en intensité et en volume du programme d'AP. • Les exercices d'assouplissement, l'échauffement des muscles. • Une bonne position pendant l'AP en faisant attention au dos et aux genoux. • Les professionnels de l'AP qui préviennent l'apparition de douleurs et de blessures. • L'écoute des signaux du corps pour ne pas dépasser ses limites.
Isolement/faible réseau social	Mettre l'accent sur : • La sollicitation de l'entourage, des proches, des connaissances pour la pratique d'une AP. • Pratiquer une AP avec eux en salle de sport, à proximité du domicile ou du travail. Certains professionnels interviennent également à domicile. • L'existence de portes ouvertes organisées par la ville (associations, clubs de sport, etc.) et des périodes d'essai.



3F 2 - QUESTIONNAIRE SUR LES FREINS À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE

Date de passage du questionnaire :

Nom :

Prénom :

Consignes :

Parmi toutes ces différentes propositions, choisissez les 5 propositions qui, selon vous, vous freinent actuellement le plus dans le projet d'intensifier votre activité physique. Inscrivez-les sur les 5 lignes prévues à cet effet et en face de ces choix, indiquez quel est le niveau actuel de ces difficultés entre 1 et 10.

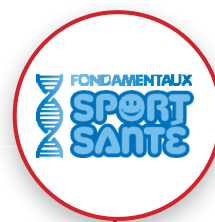
« Ce qui me freine le plus actuellement dans le projet d'intensifier mon activité physique... »

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ressentir une fatigue permanente. • Craindre de ne pas obtenir de bénéfices concrets. • Ne pas avoir envie de montrer mon corps. • Ressentir beaucoup de douleurs physiques. • Avoir peur de me faire mal. • Avoir peur du regard des autres membres d'un groupe. • Ne pas aimer l'activité physique en général. • Craindre les moqueries des gens. • Souffrir de l'omniprésence de mon traitement. • Ne pas trouver de soutien dans mon entourage. • Ne pas posséder de matériel de gymnastique. • Me stresser pour faire de l'activité physique. • Ne pas avoir assez de moyens financiers. • Refuser le contact de malades ou les personnes ayant le même problème. • Dépendre considérablement de mon véhicule. • Manquer de force. • N'avoir jamais fait de sport de ma vie. • Ne pas me sentir capable. • Craindre la réaction de mon entourage. | <ul style="list-style-type: none"> • Refuser des activités infantiles. • Manquer de confiance en moi. • Me sentir isolé(e). • Estimer que cela n'en vaut pas la peine. • Avoir peur des hypoglycémies ou des situations désagréables. • Devoir modifier mes habitudes. • Ne pas me sentir au niveau des autres. • Souffrir de problèmes articulaires. • Refuser de penser toujours à la maladie. • Souffrir du stress de la vie. • M'obliger à penser à l'avenir. • Avoir peur de prendre du poids. • Ne pas avoir de moyen de déplacement. • Ne pas avoir d'idées d'activités physiques. • Habiter en pleine ville. • Devoir adapter mon emploi du temps. • Etre trop âgé(e). • Estimer avoir déjà assez d'activité physique. • Ne plus avoir fait d'activité physique. • Autre : • Autre : |
|--|---|

Lecture des résultats* :

Les 5 difficultés actuelles les plus importantes pour moi parmi cette liste :	En face de vos choix, entourez le chiffre qui correspond au degré d'importance ressenti dans vos difficultés actuelles : 1 = très peu de difficultés / 10 = beaucoup de difficulté									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Pour interpréter les résultats et aller plus loin, consulter la **page 140** du livre « Les fondamentaux du Sport Santé : 80 outils pour mieux évaluer et accompagner vos pratiquants », (FFEPGV), Edition Amphora 2014.



RETROUVEZ TOUTES LES FICHES DE RÉSULTATS SUR NOTRE SITE : www.sport-sante.fr

Annexe VII : Liste des Maisons Sport Santé à La Réunion

OMS SAINT PAUL

165 boulevard du Front de mer, 97460 SAINT-PAUL

<https://www.oms-saintpaul.re/>

Téléphone : 02 62 45 91 96

EKILIB

16 rue Hubert Delisle, 97430 TAMPON

<http://ekilib.re/>

Téléphone : 06 92 25 07 70

SAKISOIGNE

1 rue Bois Jaune ZAC MOULIN JOLI, 97419 La Possession

<https://www.facebook.com/sakisoigne/>

Téléphone : 02 62 33 42 23

Office des sports et du temps libre Saint-Pierre

20 rue de Cayenne - BP 84 97452 Saint-Pierre Cedex

<https://www.fnoms.org/>

Téléphone : 02 62 25 06 49

OMS SAINT JOSEPH

8 rue Albert Loughnon Goyave, 97480 Saint-Joseph

<https://omsstjo.footeo.com/>

Téléphone : 02 62 56 15 08

OMS SAINT DENIS

42 route Philibert Tsiranana, 97494, Sainte Clotilde

<https://www.saintdenis.re/officemunicipal-des-sports-oms.html>

Téléphone : 02 62 41 62 60 / 02 62 21 13 88

RESUME

Introduction : L'obésité et la sédentarité sont à l'origine de plusieurs millions de décès par an et font de la promotion de l'activité physique un objectif mondial, notamment par la prescription d'activité physique adaptée (APA). Nous avons voulu évaluer l'état des connaissances et des pratiques de médecins généralistes du sud de La Réunion concernant l'APA.

Matériel et méthode : Etude transversale descriptive par questionnaire en ligne du 1^{er} avril au 1^{er} juin 2021 auprès d'un échantillon de la population de médecins généralistes du Tampon et de Saint-Pierre. Recueil du sexe, tranche d'âge, lieu et type d'exercice pour l'analyse univariée concernant la connaissance de l'APA, de ses structures ainsi que la prescription. Utilisation des tests du Khi deux ou de Fisher en fonction de l'effectif des groupes.

Résultats : 58 % des médecins interrogés connaissaient l'APA. 14 % connaissaient les structures et 30 % avaient déjà prescrit de l'APA. L'obésité était le principal motif de prescription avec 76,9 %. 46,2 % des prescripteurs ne connaissaient aucun outil d'aide à la prescription évoqué, contre 86,7 % des non prescripteurs. Le manque de connaissances des structures et du parcours de soins étaient les principaux freins à la prescription. Les trente-cinq à cinquante-cinq ans étaient mieux informés et prescrivaient plus. Les femmes semblaient mieux connaître l'APA avec 73.7% contre 45.8 % pour les hommes, mais le faible effectif de l'étude expliquait probablement l'absence de différence significative. Les médecins de Saint-Pierre prescrivaient significativement plus.

Conclusion : Notre étude met en évidence un très faible niveau de connaissances et de prescription de l'APA et un manque de visibilité important des structures d'APA et des outils de prescription, notamment chez les plus jeunes médecins généralistes. Le manque de connaissances au sujet de l'activité physique et du parcours de soins étaient les principaux freins évoqués. Il paraît intéressant d'élargir le champ de l'étude au niveau régional et d'établir un outil local de promotion et d'aide à la prescription d'APA.

Mots clés : activité physique adaptée - sédentarité - obésité - La Réunion - médecin généraliste.

ABSTRACT

Introduction: Obesity and physical inactivity are the causes of several million deaths per year and promote physical activity as a global goal, particularly through the prescription of adapted physical activity (APA). We aimed at assessing the state of knowledge and practices of general practitioners in the south of Réunion Island regarding APA.

Material and method: A descriptive cross-sectional study by online questionnaire published from April 1 to June 1, 2021, with a sample of the population of general practitioners from agglomerations of Tampon and Saint-Pierre. The collection of gender, age group, place, and type of practice for univariate analysis about the knowledge of APA, its structures and prescription. The use of Khi 2 or Fisher tests depending on the size of the groups.

Results: 58 % of the doctors surveyed knew about APA, 14 % knew about the existing structures and 30 % had already prescribed APA. Obesity was the main reason for the prescriptions with 76.9 %. 46.2 % of the prescribers were not aware of any of the prescription aid tools mentioned versus 86.7 % of the non-prescribers. The lack of knowledge of the structures and the care path were the main obstacles to prescription. The thirty-five to fifty-five years-old were better informed and prescribed more. Women seemed to know APA better with 73.7 % compared to 45.8 % for men, but the absence of a significant difference might be explained by the small size of the study. The doctors of Saint-Pierre prescribed significantly more.

Conclusion: Our study highlights a very low level of knowledge and very few prescriptions of APA and a significant lack of visibility of the APA structures and prescribing tools, especially amongst the youngest general practitioners. The Lack of knowledge about physical activity and the care pathway were the main barriers mentioned. It seems interesting to broaden the scope of the study to the regional level and to establish a local tool for promoting and assisting in the prescription of APA.

Keywords: adapted physical activity - sedentary lifestyle - obesity - Reunion Island - general practitioner.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Introduction : L'obésité et la sédentarité sont à l'origine de plusieurs millions de décès par an et font de la promotion de l'activité physique un objectif mondial, notamment par la prescription d'activité physique adaptée (APA). Nous avons voulu évaluer l'état des connaissances et des pratiques de médecins généralistes du sud de La Réunion concernant l'APA.

Matériel et méthode : Etude transversale descriptive par questionnaire en ligne du 1^{er} avril au 1^{er} juin 2021 auprès d'un échantillon de la population de médecins généralistes du Tampon et de Saint-Pierre. Recueil du sexe, tranche d'âge, lieu et type d'exercice pour l'analyse univariée concernant la connaissance de l'APA, de ses structures ainsi que la prescription. Utilisation des tests du Khi deux ou de Fisher en fonction de l'effectif des groupes.

Résultats : 58 % des médecins interrogés connaissaient l'APA. 14 % connaissaient les structures et 30 % avaient déjà prescrit de l'APA. L'obésité était le principal motif de prescription avec 76,9 %. 46,2 % des prescripteurs ne connaissaient aucun outil d'aide à la prescription évoqué, contre 86,7 % des non prescripteurs. Le manque de connaissances des structures et du parcours de soins étaient les principaux freins à la prescription. Les trente-cinq à cinquante-cinq ans étaient mieux informés et prescrivaient plus. Les femmes semblaient mieux connaître l'APA avec 73.7% contre 45.8 % pour les hommes, mais le faible effectif de l'étude expliquait probablement l'absence de différence significative. Les médecins de Saint-Pierre prescrivaient significativement plus.

Conclusion : Notre étude met en évidence un très faible niveau de connaissances et de prescription de l'APA et un manque de visibilité important des structures d'APA et des outils de prescription, notamment chez les plus jeunes médecins généralistes. Le manque de connaissances au sujet de l'activité physique et du parcours de soins étaient les principaux freins évoqués. Il paraît intéressant d'élargir le champ de l'étude au niveau régional et d'établir un outil local de promotion et d'aide à la prescription d'APA.

Mots clés : activité physique adaptée - sédentarité - obésité - La Réunion - médecin généraliste.