

**ANNEE 2024**

N°

**LIEN ENTRE LE NIVEAU D'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE DES MEDECINS  
GENERALISTES DE SAÔNE-ET-LOIRE ET LE NIVEAU DE CONSEIL ET DE  
PRESCRIPTION DONNE AUX PATIENTS**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 15 mars 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Manon MANIATAKIS

Née le 9 février 1992

A Ecully (69)

## **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2024**

N°

**LIEN ENTRE LE NIVEAU D'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE DES MEDECINS  
GENERALISTES DE SAÔNE-ET-LOIRE ET LE NIVEAU DE CONSEIL ET DE  
PRESCRIPTION DONNE AUX PATIENTS**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 15 mars 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Manon MANIATAKIS

Née le 9 février 1992

A Ecully (69)

Année Universitaire 2023-2024  
au 1<sup>er</sup> Septembre 2023

Doyen :  
Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**  
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON  
Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	<b>BEDANE</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Moncef	<b>BERHOUMA</b>	Neurochirurgie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophthalmologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN (WILSON)</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophthalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie

Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Philippe	<b>KADHEL</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-François	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	<b>MARTZ</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
			(Disponibilité du 01/06/2023 au 31/05/2024)
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	<b>TRUC</b>	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie
			(Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025)
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean	<b>CUISENIER</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2021 au 31/10/2024)
Mme	Monique	<b>DUMAS</b>	(01/06/2022 au 31/05/2025)
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2022 au 31/08/2025)
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	(02/11/2022 au 31/10/2025)

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Julie	<b>BARBERET</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	<b>BASMACIYAN</b>	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	<b>BELTRAMO</b>	Pneumologie
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie (Disponibilité du 17/04/2023 au 16/04/2024)
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	<b>DERANGERE</b>	Histologie
M.	Jean-David	<b>FUMET</b>	Cancérologie radiothérapie
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	David	<b>GUILLIER</b>	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	<b>MARIET</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Thomas	<b>MOUILLOT</b>	Physiologie
M.	Maxime	<b>NGUYEN</b>	Anesthésie réanimation
M.	Alain	<b>PUTOT</b>	Gériatrie (Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	<b>TINEL</b>	Néphrologie
M.	Antonio	<b>VITOBELLO</b>	Génétique
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

## PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	<b>AHO GLELE</b>	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	<b>AHOSSI</b>	Odontologie
M.	Jacques	<b>BEURAIN</b>	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	<b>PINOIT</b>	Pédopsychiatrie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
Mme	Claire	<b>ZABAWA</b>	Médecine Générale

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>COMBERNOUX-WALDNER</b>	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	<b>BEAUGRAND</b>	Médecine Générale
M.	Benoît	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Alexandre	<b>DELESVAUX</b>	Médecine Générale
M.	Olivier	<b>MAIZIERES</b>	Médecine Générale
Mme	Ludivine	<b>ROSSIN</b>	Médecine Générale

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

#### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
----	----------	---------------------	---------

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme	Amélie	<b>CRANSAC</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## COMPOSITION DU JURY

Président : M. le Professeur Paul ORNETTI

Membres : M. le Professeur Jean-Michel PETIT

Mme le Professeur associé Anne WALDNER-COMBERNOUX

M. le Docteur Frédéric CHAPALAIN

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

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

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

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."*

## DEDICACES ET REMERCIEMENTS

### **Aux membres de mon jury**

A Monsieur le Professeur Paul ORNETTI, vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous en remercie. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance pour le temps et l'attention que vous avez consacrés à ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Michel PETIT, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de mon plus profond respect et de ma gratitude.

A Madame le Professeur associé Anne WALDNER-COMBERNOUX, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et surtout pour votre accompagnement tout au long de mon internat. Cela a été un plaisir d'échanger avec vous.

A Monsieur le Docteur Frédéric CHAPALAIN, merci de m'avoir accompagné dans ce travail et pour tes conseils. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir offert mon premier poste au sein de ton service à la sortie de mon internat.

### **A ma famille et mes amis**

Merci pour votre présence depuis toutes ces années, pour votre soutien indéfectible, votre écoute en toutes circonstances, votre bienveillance et votre amour.

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES .....	10
LISTE DES ABREVIATIONS .....	11
INTRODUCTION .....	12
1. Définitions et classification de l'activité physique .....	12
2. Bénéfices pour la santé .....	13
3. Recommandations .....	16
4. Evolution des politiques de santé publique en France concernant l'activité physique	18
5. Pratiques actuelles de la population française et rôle du médecin généraliste.....	21
6. Justification du travail de recherche .....	23
MATERIEL ET METHODES .....	24
1. Type d'étude .....	24
2. Population étudiée .....	24
3. Questionnaire et recueil des données.....	24
4. Analyse statistique des données .....	26
5. Critères de jugement .....	26
RESULTATS.....	27
1. Recueil des données.....	27
2. Résultats descriptifs .....	28
3. Résultats comparatifs.....	32
DISCUSSION .....	36
1. Forces de l'étude .....	36
2. Faiblesses de l'étude.....	37
3. Objectif principal .....	37
4. Objectifs secondaires.....	38
CONCLUSION .....	42
BIBLIOGRAPHIE.....	43
ANNEXE .....	49

## TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux .....	27
Tableau 1 : Résultats descriptifs .....	28
Tableau 2 : Résultats comparatifs actifs et inactifs.....	33
Tableau 3 : Résultats comparatifs sous-groupes « actifs simples » et « sportifs » .....	35

## LISTE DES ABREVIATIONS

AP : Activité Physique

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MET : Metabolic Equivalent Task

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

PNNS : Programme National Nutrition Santé

ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé

PNAPS : Programme National de prévention par les Activités Physiques et Sportives

MG : Médecins Généralistes

APA : Activité Physique Adaptée

ALD : Affection de Longue Durée

PNSE : Plan National Santé Environnement

PAMA : Plan d'Action pour les Mobilités Actives

APS : Activité Physique et Sportive

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

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

## INTRODUCTION

### 1. Définitions et classification de l'activité physique

L'activité physique (AP) est définie selon la Haute autorité de santé (HAS) comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, qui entraîne une dépense énergétique supérieure à celle du métabolisme de repos ». Elle comprend donc les AP de la vie quotidienne avec les déplacements actifs (marcher, faire du vélo pour aller au travail, faire les courses etc.), les activités domestiques (bricolage, jardinage, ménage etc.) et les activités réalisées dans un contexte professionnel ou scolaire. Les exercices physiques et les activités sportives en font aussi partie. (1)

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 ». (1)

On la différencie du sport, ce dernier comportant un certain nombre de règles ou d'attentes et ayant un objectif, le plus souvent de performance, clairement établi. Il comprend le sport en compétition tout comme les pratiques sportives de loisirs en individuel. (1)

La sédentarité est décrite comme une simple situation d'éveil en position assise ou allongée à la différence de l'inactivité physique qui est défini comme un niveau insuffisant d'AP selon les recommandations de 2010 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la santé. (2)

Le MET (Metabolic Equivalent Task) ou équivalent métabolique est l'unité utilisée pour classer les AP selon leur intensité. Elle indexe la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos. Ainsi, les activités sédentaires représentent moins de 1.6 METs, les activités de faible intensité sont comprises entre 1.6 et 3 METs, les activités d'intensité modérée sont comprises entre 3 et 6 METs, les activités d'intensité élevée entre 6 et 9 METS et les activités d'intensité très élevée sont supérieures à 9 METs. (1)

Chaque niveau d'intensité équivaut à une valeur de fréquence cardiaque et de VO<sub>2</sub> max et à des signes subjectifs comme la pénibilité ressentie, l'essoufflement, la transpiration, les battements cardiaques perçus ou non, la capacité à parler pendant l'activité et la durée de maintien de l'activité. Par exemple, une activité d'intensité faible correspond à de la marche

à un rythme lent et sur une courte distance ou à des activités manuelles. Une activité d'intensité modérée correspond à de la marche rapide, du vélo de loisirs ou du jardinage. Une activité d'intensité élevée correspond à une montée rapide d'escaliers ou de la course à pied à un rythme modéré. Enfin, une activité d'intensité très élevée correspond à de la course à pied à plus de 10 km/h pour les moins entraînés jusqu'à 28 km/h pour les plus sportifs ou du vélo à plus de 25 km/h. (1)

Cette caractérisation de l'AP est complétée par la durée ou la fréquence des activités ainsi que par les fonctions qu'elle sollicite (cardio-respiratoire, musculaire ou souplesse et équilibre). (2)

## 2. Bénéfices pour la santé

Les données scientifiques actuelles publiées par l'Inserm en 2008 (3) et plus récemment dans Le Physical Activity Guidelines établi par le Department of health and human service aux Etats-Unis en 2018 (4), montrent les nombreux bénéfices que présente l'AP sur la santé.

### a. Santé mentale

L'AP assure tout d'abord le bon fonctionnement cérébral en optimisant les fonctions cognitives.

Pour la première fois en 2018, on a pu démontrer les effets positifs de l'AP sur des biomarqueurs de la santé cérébrale grâce à des techniques de neuroimagerie (dont le volume cérébral chez les personnes âgées). (5)

Une AP régulière retarde l'incidence de la démence et du déclin cognitif associé au vieillissement. Elle améliore aussi les symptômes associés à la démence. L'effet concerne aussi bien les personnes n'ayant pas de trouble particulier que ceux souffrant de troubles mentaux (schizophrénie).

Elle a prouvé ses effets également sur le sommeil, comme sur l'apnée du sommeil ou l'insomnie.

Enfin, elle permet d'améliorer les états dépressifs et anxieux et la qualité de vie en population générale. (4)

### b. Prévention des cancers

On retrouve dans les dernières études un fort niveau de preuve attestant que l'AP réduit les risques de 10 à 20 % de cancers de la vessie, du sein, du colon, de l'endomètre, de l'œsophage,

du rein et de l'estomac. Elle permet une réduction de 25 % du risque de cancer du poumon en comparant des populations ayant un haut niveau d'AP à ceux ayant un faible niveau d'AP. Avec un niveau de preuve moins fort, on observe une réduction des risques de cancers hématologiques, cérébraux, ovariens, du pancréas et de la prostate. (4)

#### c. Prévention de la prise de poids et du diabète de type 2

L'AP permet une perte de poids peu marquée, mais elle prévient surtout la prise de poids et réduit l'adiposité localisée comme générale.

Il existe une relation inverse entre l'AP et la prise de poids et l'incidence de l'obésité, ainsi qu'une association positive entre l'AP et le maintien d'un IMC entre 18.5 et 25 kg/m<sup>2</sup>. A noter que les effets favorables sur la réduction de la prise de poids sont plus importants quand l'AP est supérieure à 150 minutes par semaine.

On observe également une réduction de 25 % à 36 % du risque de diabète de type 2 pour des exercices de 30 minutes d'AP modérée à intense au moins 5 fois par semaine. La réduction du risque augmente pour des niveaux d'activité modérée à intense inférieurs au seuil de 150 minutes par semaine.

Ces effets sont liés en grande partie à l'action de l'AP sur l'homéostasie du glucose, le muscle étant l'organe qui utilise le plus le glucose.

On observe dès la première séance d'exercice des bénéfices sur l'homéostasie glucidique. Ces effets sont présents pendant l'exercice mais aussi dans les heures qui suivent chez le sujet sain comme chez le diabétique de type 2.

En effet, il est démontré que l'AP et l'augmentation de la masse musculaire augmentent la sensibilité à l'insuline. (4)

A l'inverse, la réduction du volume musculaire diminue la sensibilité à l'insuline et ainsi elle réduit la sensibilité aux récepteurs de la leptine responsable de la transmission du message de satiété au cerveau, entraînant une potentielle prise de poids. (3)

#### d. Prévention de l'hypertension artérielle

Chez les adultes ne souffrant pas d'hypertension artérielle, il existe une relation dose-réponse inverse entre la pratique d'une AP de loisirs et l'apparition d'une hypertension. Le bénéfice de

l'AP est encore plus important sur la pression sanguine chez les personnes souffrant d'hypertension artérielle. (4)

e. Mortalité de toutes causes, mortalité liée à une maladie cardiovasculaire, incidence d'une maladie cardiovasculaire

La pratique d'une AP modérée à intense a un impact important sur l'athérosclérose, les coronaropathies, l'accident ischémique et l'insuffisance cardiaque tout comme sur la mortalité de toute cause et la mortalité cardiovasculaire. (4)

f. Personnes âgées

Chez les personnes âgées en particulier, l'AP améliore les capacités physiques lors des activités du quotidien et réduit le risque de chute et le risque de blessure en cas de chute. (3)

En effet, la sarcopénie liée à l'âge entraîne une perte moyenne de 30 à 40 % de la masse musculaire totale entre 50 et 80 ans. Elle est responsable d'une perte d'autonomie, de chutes et de perte de force. La musculation a montré des bénéfices significatifs pour la prévenir à raison de 2 à 3 séances par semaine pendant au moins 10 à 12 semaines. Elle permet également une diminution de la raideur musculo-tendineuse. La prévention doit commencer le plus tôt possible, dès l'enfance, pour ralentir ce déclin physiologique. (3)

On retrouve aussi un effet sur le risque fracturaire. La prévalence des fractures vertébrales chez les femmes ménopausées passe de 4.3 % à 1.6 % et reste significative pendant 8 ans après 2 années de renforcement musculaire dorsal.

Le risque de fracture de hanche est réduit de 60 % chez les hommes très actifs par rapport à ceux peu actifs.

Chez les femmes ménopausées pratiquant 1 heure de marche par semaine, il est réduit de 6 %, et atteint même 41 % pour une marche de plus de 4 heures par semaine. (3)

Enfin, l'AP permet un meilleur rétablissement chez les personnes ayant eu une récente fracture de hanche. (4)

Concernant les fractures ostéoporotiques chez les femmes, l'AP seule ne montre pas d'efficacité significative sur la réduction du risque de fracture, mais pourrait l'être en association avec un traitement hormonal substitutif. (3)

Les patients atteints d'arthrose observent une amélioration de leurs capacités fonctionnelles avec une plus grande amplitude de mouvements et une diminution des douleurs. (3)

Une amélioration des capacités fonctionnelles est aussi présente chez les patients atteints de la maladie de Parkinson. (4)

L'AP permet donc une importante amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. (3)

#### g. Croissance osseuse chez les enfants

Chez les enfants pratiquant une activité physique régulière induisant des contraintes mécaniques sur le tissu osseux, c'est-à-dire des activités où le poids du corps est en jeu, avec des phases de course, de saut ou de contact avec une balle ou un ballon, on observe une augmentation de la densité minérale osseuse.

En effet, les impacts générés entraînent une déformation des structures osseuses qui stimule la minéralisation. Cet effet est plus important avant la puberté et plus en début qu'en fin de puberté.

La persistance de ce gain osseux est liée aux types d'activités et à la durée de l'entraînement mais aussi à l'âge auquel la pratique a débuté. Il permet de prévenir l'apparition ultérieure de l'ostéoporose.

Ainsi, la pratique d'activités sportives variées est essentielle dans l'enfance. Elle doit être poursuivie tout au long de la vie pour augmenter et maintenir le capital osseux. (3)

### 3. Recommandations

#### a. OMS

L'OMS a mis au point en 2010 des recommandations mondiales sur l'activité physique. Ces recommandations ont pour objectif la prévention des maladies non transmissibles. (6)

Pour les adultes de 18 à 64 ans, il est recommandé de pratiquer au cours de la semaine, au moins «150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.

Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les adultes de cette classe d'âge devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine. » (6)

Pour les personnes de plus de 65 ans, les recommandations sont les mêmes. Il est précisé cependant que les personnes à « mobilité réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine. » (6) De plus, « Lorsque des personnes âgées ne peuvent pas pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent ». (6)

Enfin pour les enfants de 5 à 17 ans, il est recommandé « au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.

La pratique d'une activité physique pendant plus de 60 minutes par jour apportera un bénéfice supplémentaire pour la santé.

L'activité physique quotidienne devrait être essentiellement une activité d'endurance.

Des activités d'intensité soutenue, notamment celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être incorporées, au moins trois fois par semaine ». (6)

Il est conseillé dans tous les cas d'encourager les personnes à commencer lentement et à augmenter les d'efforts progressivement afin de limiter les risques de traumatismes musculosquelettiques.

Depuis 2010, des précisions pour certaines catégories de population ont été apportées, sans modification des principales recommandations. (7)

#### b. En France

Les recommandations en France établis par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) en 2016, dans le cadre de l'actualisation du programme national nutrition santé (PNNS), reprennent globalement les recommandations de l'OMS en conseillant plutôt la pratique quotidienne, au moins 5 jours par semaine, de 30 minutes d'AP d'intensité modérée à élevée, en évitant de rester 2 jours consécutifs sans AP. Elles précisent également des bénéfices supplémentaires avec une pratique de 45 à 60 minutes par jour.

Elles conseillent l'association d'activités à visée cardio respiratoire ainsi qu'à visée spécifiquement musculaire en détaillant la fréquence des séances, le nombre d'exercices par séance et leur intensité. Des exercices d'assouplissement et de mobilité articulaire sont recommandés 2 à 3 fois par semaine.

Il est également fortement recommandé « chez les individus peu actifs, sédentaires et souhaitant pratiquer régulièrement une AP d'intensité élevée, une consultation médicale préalable ». (2)

#### 4. Evolution des politiques de santé publique en France concernant l'activité physique

Au début des années 2000, l'intérêt international pour l'AP et la nutrition est grandissant devant l'augmentation de la prévalence de l'obésité et le coût humain et économique que représentent les pathologies causées par une mauvaise alimentation et la sédentarité. Dans ce contexte le ministère de la santé met en place en 2001 le premier PNNS pour 5 ans. (8) Il associe l'ensemble des acteurs publics et privés du champs de la nutrition pour fixer des objectifs nutritionnels et de pratique d'AP clairs qui permettront de sensibiliser la population. Il sera par la suite prolongé et mis à jour en 2006 puis en 2011.

La loi d'août 2004 relative à la politique de santé publique (9) reprend les conclusions du PNNS et établi 10 objectifs. Un de ces objectifs concerne la pratique d'une AP et vise une augmentation « de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq

fois par semaine : passer de 60 % pour les hommes et 40 % pour les femmes actuellement, à 75 % pour les hommes et 50 % pour les femmes d'ici à 2008 ». (10)

Sur les recommandations du PNNS, la campagne de prévention « manger-bouger » a été mise en place en 2004. Elle transmet des conseils nutritionnels mais également la pratique de 30 minutes de marche par jour. (11)

Le suivi des objectifs du PNNS a été permis grâce à l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) (10) réalisée en 2006 puis grâce au baromètre santé nutrition en 2008 (12). Ce dernier a pu montrer que parmi les français âgés de 15 à 75 ans, seulement 42.5 % atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé selon les critères de l'OMS.

On retrouvait des disparités selon le sexe, les femmes étaient proportionnellement moins nombreuses à atteindre ces recommandations que les hommes (33,8 % vs 51,6 %) mais aussi selon la catégorie socio-professionnelle ou l'âge.

Différentes stratégies de préventions concernant les personnes âgées en particulier ont également été établies avec le plan national « bien vieillir » (13) entre 2007 et 2009 ou encore des recommandations intégrées à la Stratégie Nationale de Santé en 2014. (14)

Concernant l'AP en elle-même, un programme national de prévention par les activités physiques et sportives (PNAPS) (15) est mis en œuvre en 2008 pour renforcer la prévention dans ce domaine. Il comporte 16 recommandations principales. Avec entre autres l'idée d'aménager les espaces publics pour favoriser des modes de déplacement actifs ou l'incitation par le biais de déductions fiscales à se déplacer en vélo ou à prendre une licence de sport. Mais aussi l'intégration de l'AP en entreprise, la création d'une formation pour des éducateurs médico-sportifs et le développement des réseaux régionaux sport-santé.

Suite au PNAPS, l'académie de médecine a proposé en 2012 de mettre en place une prise en charge du sport santé par l'assurance maladie et par les mutuelles. Une première expérience dans ce sens a été initiée à Strasbourg.

Une évaluation de la loi de 2004 a été faite en 2010. Elle observe que l'objectif concernant l'AP a été atteint et propose de nouveaux objectifs dans ce domaine : « augmenter, chez les adultes, en 5 ans, la proportion de personnes situées dans la classe d'activité physique : «

élevée » de 20 % au moins chez les hommes et de 25 % au moins chez les femmes ; « moyenne » de 20 % au moins » et « atteindre, en 5 ans, au moins 50 % d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure. » (16)

Un plan « Sport Santé Bien-Être » (17,18) en régions a également été mis en place entre 2013 et 2016 avec la mise en place de dispositifs de proximité, avant la promulgation de la **loi de modernisation de notre système de santé en janvier 2016 qui permet aux médecins généralistes (MG) de prescrire une activité physique adaptée (APA) aux patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD) dans le cadre du parcours de soins** (19).

L'actualisation du PNNS en 2016 (2) permet une « mise à jour » des repères nutritionnels et de ceux concernant l'AP. On y retrouve les recommandations concernant l'AP telles que citées plus haut et par catégories de population. Des exemples d'AP de renforcement musculaire dans les activités de la vie quotidienne comme le port des courses ou une montée d'escaliers sont aussi décrits et des exercices d'assouplissement et de mobilité articulaire y sont évoqués. On y décrit également des obstacles à la mise en œuvre des recommandations : l'urbanisme et l'aménagement du territoire, les modes de transport, l'organisation du temps de travail et du temps scolaire, mais des solutions sont proposées. Des recommandations sont aussi faites aux professionnels de santé et aux professionnels de l'AP chez qui la formation et les connaissances des bénéfices de l'AP en prévention primaire doivent être renforcées pour informer au mieux les pratiquants.

Le PNNS 2019-2023, développe 10 mesures phares dans la lignée du précédent, dont 2 concernant l'AP : « Développer la pratique d'Activité Physique Adaptée pour les personnes atteintes de maladies chroniques, et étudier la possibilité d'élargir le dispositif APA aux patients atteints de maladies chroniques hors ALD présentant des facteurs de risque (hypertension artérielle, obésité, etc.). Renforcer la prescription d'Activité Physique Adaptée par les médecins : d'ici à 2020, mise à disposition des médecins d'outils en appui à la prescription et à la décision médicale. » (20)

Les mesures développées dans ce plan sont intégrées dans **la loi visant à démocratiser le sport en France de mars 2022 (21). Elle étend la prescription du sport santé à toutes les spécialités médicales et plus seulement pour des patients en ALD mais aussi pour ceux présentant des**

**facteurs de risque ou en perte d'autonomie. Elle permet aussi de faire reconnaître dans la loi les « maisons sport-santé » lancées en 2019.**

La promotion de l'AP s'intègre également dans le plan national santé environnement (PNSE 3) (22) de 2015 à 2019 puis dans le PNSE 4 2021-2025, puisque le rôle de l'environnement paraît majeur sur l'obésité et les maladies métaboliques. On la retrouve aussi dans le plan d'action pour les mobilités actives (PAMA) (23) à destination des gestionnaires de voiries, des services de l'État, ainsi que des associations d'usagers ayant entre autres objectifs de développer une ville adaptée au vélo. Le développement de l'AP est également en jeu dans le plan cancer de 2014-2019 (24) et dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 (25).

Enfin la **Stratégie Nationale Sport Santé (26) est mise en œuvre de 2019 à 2024 dans le cadre des jeux Olympiques et Paralympiques de 2024** et en lien avec la Stratégie Nationale de Santé (2018-2022) (27) qui a donné lieu au plan national de santé publique « priorité prévention ». Elle a pour objectif « la promotion d'une activité physique satisfaisante pour tous les groupes de population, avec un accent particulier pour les groupes les plus vulnérables ». Elle entend agir sur l'inactivité physique et la sédentarité et sur les inégalités d'accès à l'activité physique et sportive (APS) sur le territoire. Pour cela elle s'articule autour de 4 axes : « La promotion de la santé et du bien-être par l'activité physique et sportive ; Le développement et le recours à l'activité physique adaptée à visée thérapeutique ; La protection de la santé des sportifs et le renforcement de la sécurité des pratiquants ; Le renforcement et la diffusion des connaissances »

#### 5. Pratiques actuelles de la population française et rôle du médecin généraliste

Selon le baromètre national des pratiques sportives de 2022 (9), 60 % des plus de 15 ans ont pratiqué une activité sportive en moyenne une fois par semaine sur l'année. Ce chiffre est en forte hausse par rapport à 2018 où on observait 54 % de pratiquants réguliers.

Le développement de la marche et de la randonnée semble être en grande partie à l'origine de cette hausse. La pratique féminine augmente également beaucoup (58 % de femmes pratiquent au moins une fois par semaine, contre 51 % en 2018), réduisant l'écart avec les hommes (62 %).

La proportion de personnes effectuant des trajets à pied, à vélo ou en trottinette augmente aussi depuis 2018.

On constate toujours que les jeunes et les hauts revenus pratiquent plus que les plus modestes mais cet écart se réduit.

On note également que les personnes interrogées déclarent de plus en plus faire du sport pour améliorer leur santé et moins pour l'amusement.

Cependant, il n'est pas toujours simple de s'inscrire en club puisque 3 personnes sur 10 se sont vu refuser une inscription en 2022.

Les MG ont un rôle essentiel dans l'éducation à la santé et la prévention. La promotion de la santé et la prévention font partie intégrante de leur pratique et ils ont une responsabilité de santé publique envers leurs patients. (28)

Mais malgré la possibilité de prescrire une APA aux patients en ALD depuis 2016 et aux patients porteurs de facteurs de risques ou en perte d'autonomie depuis 2022 (19, 21), il persiste plusieurs freins à la prescription médicale d'activité physique. L'HAS retrouve 5 freins majeurs en 2022 (29) : le manque de connaissance concernant l'activité physique, les craintes vis-à-vis d'évènements cardio-vasculaires graves, l'absence de recommandation concernant la consultation ou la prescription d'AP, l'absence de parcours de santé pluriprofessionnels structurés ou encore le coût pour le patient.

Afin de faciliter cette prescription aux MG, **un guide de bonnes pratiques pour la consultation et la prescription d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte a été publié par l'HAS en juillet 2022** (1). Elle y détaille 4 niveaux de prescription selon le profil et les antécédents des patients. Ce guide recommande également la réalisation de consultations médicales d'activité physique principalement chez les patients atteints d'une pathologie chronique ou de facteurs de risque, après une évaluation médicale minimale, ainsi que des consultations de suivi. **Des fiches d'informations générales communes à toutes les pathologies sur l'APA ont également été créées par l'HAS en juillet 2022.** (30)

Le développement des maisons sport santé peut également permettre aux professionnels de santé d'orienter les patients qui ne pratiquent pas d'APS vers des structures permettant une prise en charge adaptée selon le profil de la personne. (26) Enfin des questionnaires établis par l'Observatoire Nationale de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS) permettant d'évaluer l'AP et la sédentarité des patients selon les catégories âges existent également et sont facilement accessibles en ligne. Entre autres les questionnaires CAPAS-Q de Fillon et al.

publié en 2022 pour les enfants ou ONAPS-PAQ de Charles et al. publié en 2021 pour les adultes. (31)

## 6. Justification du travail de recherche

La pratique d'une activité physique et sa prescription par le médecin traitant est un sujet majeur de prévention pour la santé et d'importance croissante dans les politiques de santé publique depuis une vingtaine d'années. Récemment, elle est davantage mise en avant avec la mise en place de la Stratégie Nationale Sport Santé (26) dans le cadre des Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024.

Plusieurs études s'intéressent aux intérêts de la pratique d'une AP sur la santé mais également aux freins et aux leviers à sa prescription par le MG. Cependant, peu d'études quantitatives récentes étudient la pratique d'AP par les MG et l'influence qu'elle peut avoir sur leur volonté de sensibiliser leurs patients à ce sujet ou la fréquence de leurs prescriptions d'APA.

Avec le développement des maisons sport santé, l'élargissement des indications pour la prescription d'AP, les questionnaires de l'ONAPS, le récent guide de l'HAS et les fiches sur la prescription d'APA, les MG disposent maintenant d'outils facilitant la prescription de l'activité physique en consultation. Cependant est-elle devenue une pratique courante ? Les outils de l'HAS sont-ils utilisés ? Ses recommandations sont-elles suivies par les MG ?

## MATERIEL ET METHODES

### 1. Type d'étude

Le travail de thèse présenté est une étude descriptive analytique par questionnaire réalisée dans le département de Saône-et-Loire durant l'année 2023.

### 2. Population étudiée

La population incluse était les médecins généralistes installés ou remplaçants en Saône et Loire durant l'année 2023, dont les internes de médecine générale faisant des remplacements.

### 3. Questionnaire et recueil des données

Le questionnaire (Annexe) comporte 3 parties :

- La première renseigne sur l'âge, le sexe, le type de pratique et le milieu de pratique des MG interrogés.

- La deuxième permet de diviser les participants en 2 groupes selon leur niveau d'activité physique : « inactifs » ou « actifs ». Les « actifs » sont définis selon les recommandations de l'OMS, par la pratique de « 150 minutes d'activité d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue » par semaine. (6) Le calcul du niveau d'activité est permis par 5 questions tirées du questionnaire ONAPS-PAQ, référencé pour l'évaluation du niveau d'activité physique et de sédentarité au cours d'une semaine habituelle chez les adulte. (32,33)

On divise ensuite le groupe des « actifs » en 2 sous-groupes : « actifs simples » et « sportifs + » en s'appuyant sur les résultats du baromètre national des pratiques sportives de 2018. (12) Il indique que 54 % de la population générale pratique une activité sportive au moins une fois par semaine et que 25 % de la population générale pratique une activité sportive quatre fois ou plus par semaine. Ainsi, nous définissons les individus « sportifs + » comme ceux pratiquant une activité sportive au moins quatre fois par semaine, les autres sont les « actifs simples ».

Les définitions données par l'HAS des termes « activité physique », « sport » et les 3 degrés d'intensité d'AP : « légère », « modérée » et de « forte intensité » sont données en début de deuxième partie du questionnaire.

- La troisième partie comprend 8 questions qui permettent d'évaluer l'importance accordée par les MG à la pratique d'une AP par leurs patients et la fréquence de prescription d'APA. Pour cela on s'appuie sur le guide de l'HAS « consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte » (29) qui décrit le déroulé recommandé pour une consultation médicale d'AP. Il est précisé en début de troisième partie que les questions se rapportent uniquement à des patients adultes.

Les définitions d'« activité physique » et de « sport » sont rappelées en début de troisième partie du questionnaire. La question 5 concerne l'entretien motivationnel et sa définition est également donnée dans l'énoncé.

Enfin, il était possible de laisser un commentaire libre en fin de questionnaire.

Le questionnaire est distribué par courriel aux MG de Saône et Loire. Il était précédé d'une courte introduction permettant de présenter le sujet et la personne en charge de l'étude.

Un premier envoi a été fait en mars 2023 par l'intermédiaire de l'ordre des médecins de Saône et Loire à environ 400 MG. Nous avons également envoyé directement le questionnaire aux MG connus de la personne en charge de l'étude entre mars et avril 2023. Le questionnaire a également été posté une première fois sur Facebook sur le groupe de l'Association des jeunes médecins généralistes de Bourgogne (AJMGB) en mars 2023. Suite à cette première distribution, nous avons pu réunir 42 réponses.

Le questionnaire a été posté une seconde fois sur Facebook en septembre 2023 sur le groupe de l'Association des jeunes médecins généralistes de Bourgogne (AJMGB). Un deuxième envoi a également été fait en octobre 2023 par l'intermédiaire de la PTA 71 de Mâcon et de Chalon-sur-Saône. Il a aussi été envoyé directement à d'autres contacts connus de l'investigateur entre octobre et décembre 2023 en leur demandant de transférer le questionnaire à d'autres MG de Saône et Loire de leur connaissance. Nous avons pu réunir 55 réponses supplémentaires et donc 97 au total.

#### 4. Analyse statistique des données

L'analyse statistique a été réalisée via le logiciel R version 4.3.1 et R studio version 2023.06.0+421. Les variables quantitatives ont été interprétées avec le test T de Student. Le test de Chi2 avec  $p < 0.05$  a été utilisé pour la comparaison des 2 groupes et des 2 sous-groupes.

#### 5. Critères de jugement

Critère de jugement principal : Existe-t-il une différence significative entre les MG inactifs et les MG actifs sur la fréquence de conseil et de prescription d'AP donnée aux patients ?

Critères de jugement secondaires :

- Les MG les plus sportifs conseillent-ils et/ou prescrivent-ils plus d'AP à leurs patients que ceux simplement actifs ?
- A quelle fréquence les MG conseillent ou prescrivent de l'AP à leurs patients ?
- Les MG estiment-ils différemment leur niveau de connaissance en AP selon leur niveau personnel d'AP ?
- La pratique d'AP est-elle systématiquement évaluée par les MG ?
- Les MG suivent-ils les recommandations de l'HAS pour le déroulé d'une consultation d'AP et son suivi ?
- Les MG orientent-ils certains de leurs patients vers les maisons sport santé ?
- Le guide HAS de juillet 2022 sur la consultation et la prescription médicale d'AP à des fins de santé chez l'adulte est-il utilisé par les MG ?
- Les MG appliquent-ils à eux-mêmes les recommandations concernant l'AP ?

## RESULTATS

### 1. Recueil des données

Au total, environ 400 MG ont été sollicités sur les 548 médecins non hospitaliers référencés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). (34) Cela correspond au nombre de MG inscrits sur les listes de distribution de l'ordre des médecins de Saône-et-Loire. 97 ont accepté de participer en répondant au questionnaire. Aucun participant n'a été exclu et toutes les réponses ont pu être analysées.

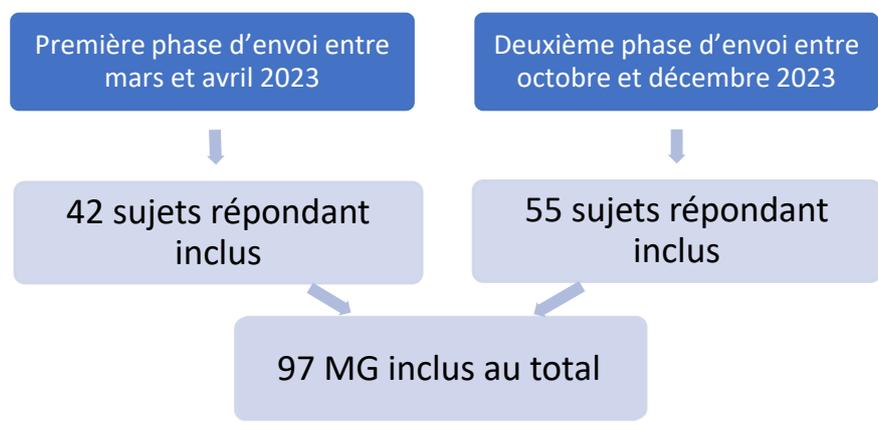


Figure 1 : diagramme de flux

## 2. Résultats descriptifs

Effectif global		97
Sexe ratio (H/F)		(36/61) : 0.59
Age moyen [IC95 %]		43 ans IC95%[41-46]
Age médian		39 ans
Pratique	Installés	73 (75 %)
	Remplaçants	20 (21 %)
	Internes remplaçants	4 (4 %)
Zone	Urbaine	32 (33 %)
	Semi-Urbaine	38 (39 %)
	Rurale	27 (28 %)
Question 1 (oui)		42 (43 %)
Question 2 (oui)		30 (62 %)
Q3	1/S	79 (81 %)
	1/M	11 (11 %)
	>3/A	4 (5 %)
	<3/A	3 (3 %)
Q4	1/S	29 (30 %)
	1/M	22 (23 %)
	>3/A	18 (19 %)
	<3/A	28 (29 %)
Question 5 (oui)		86 (89 %)
Question 6 (oui)		48 (49 %)
Question 7 (oui)		45 (46 %)
Question 8 (oui)		30 (31 %)

Tableau 1 : Résultats descriptifs

a. Les caractéristiques des médecins participants

Les résultats concernent 61 femmes (63 %) pour 36 hommes (37 %) soit un sexe-ratio global (H/F) de 0.59.

L'âge médian est de 39 ans (minimum 26 ans, maximum 64 ans). L'âge moyen de 43 ans IC95%[41-46]. (Figure 2)

Parmi les médecins répondant, 73 sont installés (75 %), 20 sont remplaçants (21 %) et 4 sont internes remplaçants (4 %).

Concernant le milieu de pratique, 32 sont en zone urbaine (33 %), 38 en zone semi-urbaine (39 %) et 27 en zone rurale (28 %).

b. Evaluation du niveau d'activité physique et sportive des médecins

Parmi les médecins répondants on retrouve 73 actifs (75 %) pour 24 inactifs (25 %).

- Inactifs

Concernant les médecins qualifiés d'inactifs, il y a 16 femmes (67 %) pour 8 hommes (33 %), le sexe ratio (H/F) est 0.5. L'âge moyen [IC95%] est de 43 ans et l'âge médian de 40 ans.

Il y a 17 médecins installés (71 %), 7 remplaçants (29 %) et aucun interne remplaçant. Les médecins pratiquant en zone urbaine sont 5 (21 %), en zone semi-urbaine 10 (42 %) et en zone rurale 9 (37 %).

- Actifs

Concernant les médecins qualifiés d'actifs, il y a 45 femmes (62 %) et 28 hommes (38 %), le sexe ratio (H/F) est 0.62. L'âge moyen [IC95%] est de 43 ans et l'âge médian de 39 ans.

Il y a 56 médecins installés (77 %), 13 remplaçants (18 %) et 4 internes remplaçants (5 %). Les médecins pratiquant en zone urbaine sont 27 (37 %), en zone semi-urbaine 28 (38 %) et en zone rurale 18 (25%).

- Actifs simples

Parmi les actifs, le sous-groupe des « actifs simples » représente 43 personnes (59% des actifs). Il comprend 15 hommes pour 28 femmes soit un sexe ratio (H/F) de 0.54. L'âge moyen [IC95%] de ce sous-groupe est de 41.7 ans. L'âge médian est de 36 ans.

On retrouve 32 (74%) médecins installés, 8 (7 %) remplaçants et 3 (19 %) internes remplaçants. Ils sont 16 (37 %) à travailler en zone urbaine, 18(48 %) en zone semi-urbaine et 9 (21 %) en zone rurale.

- Sportifs +

Parmi les actifs, le sous-groupe des « sportifs + » représente 30 personnes (41 % des actifs). Il comprend 13 hommes pour 17 femmes soit un sexe ratio (H/F) de 0.76. L'âge moyen [IC95%] est de 46.1 ans. L'âge médian est de 47.5 ans.

On retrouve 24 (80 %) médecins installés, 5 (17 %) remplaçants et 1 (3 %) interne remplaçant. Ils sont 11 (37%) à travailler en zone urbaine, 10 (33 %) en zone semi-urbaine et 9 (30 %) en zone rurale.

c. L'importance accordée à l'activité physique selon les recommandations et sa fréquence de prescription lors des consultations

Parmi l'ensemble des médecins interrogés 42 (43 %) évaluent systématiquement le niveau d'AP de leurs patients lors d'une première consultation. Cela concerne 9 (37 %) médecins inactifs et 33 (45 %) actifs dont 16 (37 %) « actifs simples » et 17 (57 %) « sportifs + ».

Les participants sont 60 (62 %) à penser avoir les connaissances nécessaires pour conseiller les patients sur leur AP. Cela concerne 14 médecins inactifs (58 %) et 46 actifs (63 %) dont 20 (47 %) « actifs simples » et 26(87 %) « sportifs + ».

Il y a 79 (81 %) médecins qui conseillent ou prescrivent la pratique d'une AP en prévention primaire au moins une fois par semaine. Cela concerne 21 (87 %) médecins inactifs et 58 (79 %) actifs dont 33 (77 %) « actifs simples » et 25 (83 %) « sportifs + ».

On retrouve 11 (11 %) médecins qui la conseillent au moins une fois par mois. C'est le cas de 2 (8 %) médecins inactifs, 9 (12 %) médecins actifs dont 8 (19 %) « actifs simples » et 1 (3 %) « sportifs +».

Parmi les 4 (5 %) médecins qui la conseillent ou la prescrivent en prévention primaire plus de 3 fois par an il n'y a aucun inactif, 4 (5 %) actifs dont 2 (5 %) « actifs simples » et 2 (7 %) « sportifs + ».

Il y a enfin 3 (3 %) médecins qui conseillent ou prescrivent la pratique d'une AP en prévention primaire moins de 3 fois par an. Cela concerne 1 médecin inactif (5 %) et 2 (3 %) médecins actifs dont aucun « actif simple » et 3 (7 %) « sportifs + ».

Il y a 29 (30 %) médecins qui estiment prescrire une AP de type APA à leurs patients souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques au moins une fois par semaine. Cela concerne 5 (21 %) médecins inactifs et 24 (33 %) actifs dont 13 (30 %) « actifs simples » et 11 (37 %) « sportifs + ».

On retrouve 22 (23 %) médecins qui prescrivent une APA au moins une fois par mois. C'est le cas de 5 (21 %) médecins inactifs, 17 (23 %) médecins actifs dont 8 (19 %) « actifs simples » et 9 (30 %) « sportifs + ».

Parmi les 18 (19 %) médecins qui en prescrivent plus de 3 fois par an il y a 8 (33 %) inactifs, 10 (14 %) actifs dont 6 (14 %) « actifs simples » et 4 (13 %) « sportifs + ».

Il y a enfin 28 (29 %) médecins qui estiment prescrire une AP de type APA à leurs patients souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques moins de 3 fois par an. Cela concerne 6 médecins inactifs (25 %) et 22 (30 %) médecins actifs dont 16 (37 %) « actif simple » et 6 (20 %) « sportifs + ».

Pour 86 (89 %) participants le conseil ou la prescription d'une AP doit passer le plus souvent par un entretien motivationnel. Cela concerne 20 médecins inactifs (83 %) et 66 actifs (90 %) dont 40 (93 %) « actifs simples » et 26 (87 %) « sportifs + ».

Ils sont 48 (49 %) à avoir déjà adressé un patient vers une maison sport santé ou vers un club proposant des créneaux sport santé. Cela concerne 11 (49 %) médecins inactifs et 37 (51 %) actifs dont 18 (42 %) « actifs simples » et 19 (63 %) « sportifs + ».

Après avoir prescrit ou conseillé une AP à un patient habituellement inactif, 45 (46 %) programment un suivi médical de prescription d'AP ou réservent un temps d'échange lié à l'AP lors des prochaines consultations. Cela concerne 7 médecins inactifs (29 %) et 38 actifs (52 %) dont 24 (56 %) « actifs simples » et 14 (47 %) « sportifs + ».

Le guide de l'HAS de juillet 2022 sur la consultation et la prescription médicale d'AP à des fins de santé chez l'adulte a été consulté par 30 (31 %) des répondants. Cela concerne 8 (33 %)

médecins inactifs et 22 actifs (30 %) dont 22 (26 %) « actifs simples » et 11 (37 %) « sportifs + ».

### 3. Résultats comparatifs

La différence de proportion de femmes et d'hommes dans les groupes actif et inactif n'est pas significative. De même, on ne retrouve pas de différence significative entre l'âge médian et l'âge moyen des 2 groupes. La différence de nombre de médecins installés, remplaçants ou internes entre les 2 groupes n'est pas significative. La comparaison entre les milieux de pratique urbain, semi-urbain ou rural entre les 2 groupes n'est pas significative.

Concernant les questions évaluant l'importance accordée à l'AP et à sa prescription, on ne retrouve aucune différence significative entre les groupe actif et inactif.

		Actifs	Inactifs	P
Effectifs		73 (75 %)	24 (25 %)	
Sexe ratio (H/F)		(28/45) 0,62	(8/16) 0,5	NS
Age moyen [IC95 %]		43 ans	43 ans	NS
Age médian		39 ans	40 ans	NS
Pratique	Installés	56 (77 %)	17 (71 %)	NS
	Remplaçants	13 (18 %)	7 (29 %)	
	Internes remplaçants	4 (5 %)	0 (0 %)	
Zone	Urbaine	27 (37 %)	5 (21 %)	NS
	Semi-Urbaine	28 (38 %)	10 (42 %)	
	Rurale	18 (25 %)	9 (37 %)	
Question 1 (oui)		33 (45 %)	9 (37 %)	NS
Question 2 (oui)		46 (63 %)	14 (58 %)	NS
Q3	1/S	58 (79 %)	21 (87 %)	NS
	1/M	9 (12 %)	2 (8 %)	
	>3/A	4 (5 %)	0	
	<3/A	2 (3 %)	1 (5 %)	
Q4	1/S	24 (33 %)	5 (21 %)	NS
	1/M	17 (23 %)	5 (21 %)	
	>3/A	10 (14 %)	8 (33 %)	
	<3/A	22 (30 %)	6 (25 %)	
Question 5 (oui)		66 (90 %)	20 (83 %)	NS
Question 6 (oui)		37 (51 %)	11 (49 %)	NS
Question 7 (oui)		38 (52 %)	7 (29 %)	p=0.08
Question 8 (oui)		22 (30 %)	8 (33 %)	NS

NS : non significatif

Tableau 2 : Résultats comparatifs groupes « actifs » et « inactifs »

Concernant les 2 sous-groupes du groupe des médecins actifs, on ne retrouve pas non plus de différence significative entre les sexes, les âges, les types de pratique et les lieux de pratique.

Parmi les questions évaluant l'importance accordée à l'AP et à sa prescription, on retrouve une différence significative avec  $p < 0.01$  pour la question 2 montrant que les médecins « sportifs + » sont plus nombreux à penser avoir les connaissances nécessaires pour conseiller les patients sur leur AP que les médecins « actifs simples ». On ne retrouve de différence significative pour aucune autre question.

		Actifs Simples	Sportifs+	P
Effectifs		43	30	
Sexe ratio (H/F)		(15/28) 0,54	13/17 (0,76)	0.62
Age moyen [IC95%]		41.7 ans [37,9 – 45.5]	46.1 ans [41.1 - 51.0]	0.16
Age médian		36.0 ans	47.5 ans	0.17
Pratique	Installés	32 (74%)	24 (80%)	0.76
	Remplaçants	8 (7%)	5 (17%)	
	Internes remplaçants	3 (19%)	1 (3%)	
Zone	Urbaine	16 (37%)	11 (37%)	0.63
	Semi-Urbaine	18 (42%)	10 (33%)	
	Rurale	9 (21%)	9 (30%)	
Question 1 (oui)		16 (37%)	17 (57%)	0.16
<b>Question 2 (oui)</b>		<b>20 (47%)</b>	<b>26 (87%)</b>	<b>&lt;0.01</b>
Q3	1/S	33 (77%)	25 (83%)	0.09
	1/M	8 (19%)	1 (3%)	
	>3/A	2 (5%)	2 (7%)	
	<3/A	0	3 (7%)	
Question 3 (1/S)		33 (77%)	25 (83%)	0.69
Q4	1/S	13 (30%)	11 (37%)	0.40
	1/M	8 (19%)	9 (30%)	
	>3/A	6 (14%)	4 (13%)	
	<3/A	16 (37%)	6 (20%)	
Question 4 (1/S)		13 (30%)	11 (37%)	0.75
Question 5 (oui)		40 (93%)	26 (87%)	0.61
Question 6 (oui)		18 (42%)	19 (63%)	0.12
Question 7 (oui)		24 (56%)	14 (47%)	0.60
Question 8 (oui)		22 (26%)	11 (37%)	0.45

**Tableau 3 : Résultats comparatifs sous-groupes « actifs simples » et « sportifs + »**

## DISCUSSION

### 1. Forces de l'étude

La promotion de l'APS ayant été décrétée grande cause nationale 2024 dans la dynamique des Jeux Olympiques et Paralympiques, notre sujet de thèse est ancré dans l'actualité.

L'une des forces de ce travail est d'apporter de nouvelles données statistiques. La plupart des thèses sur le thème de la prescription d'AP sont qualitatives ou sont des revues narratives de littératures s'appuyant sur des travaux réalisés il y a plus de 10 ans. Notre étude permet donc d'observer l'évolution des pratiques des MG depuis les récentes mesures prises par les pouvoirs publics pour sensibiliser le public à l'APS.

L'une des forces de notre questionnaire est de s'appuyer sur des données officielles et non sur une appréciation subjective. En effet le classement des participants dans les différents groupes a été permis par la réalisation d'un questionnaire s'appuyant sur celui de l'ONAPS validé par l'HAS et sur les recommandations de l'HAS.

Concernant la proportion de femmes et d'hommes MG sélectionnés, la proportion de femmes est plus importante que chez les MG en population générale qui est de 52.5 % selon les chiffres de 2022 du conseil national de l'ordre des médecins (35) contre 63 % dans notre étude. La Saône et Loire en particulier est un département qui compte même une minorité de femmes généralistes (45 %). (34) La population étudiée n'est donc pas représentative de la population des généralistes de Saône et Loire en termes de genre. Or il existe une différence de pratique de l'APS entre les femmes et les hommes en population générale. (9) On retrouve un écart de pratique comparable dans notre étude mais le sexe-ratio entre les groupes actifs et inactifs ne montre pas de différence significative. Le biais que pourrait représenter la proportion de femmes et d'hommes inclus paraît donc négligeable.

Pour ce qui est du type de pratique (médecin installé, remplaçant ou interne remplaçant) ou du milieu de pratique (urbain, semi-urbain ou rural), aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les 2 groupes et les 2 sous-groupes. La thèse de J.B Cathelin ne retrouvait pas non plus d'influence de la zone d'exercice sur le niveau d'activité des MG. (34) On peut donc estimer que le biais concernant ces caractéristiques est négligeable.

## 2. Faiblesses de l'étude

La méthode de diffusion du questionnaire faite par courriel a entraîné l'exclusion des médecins non informatisés qui doivent cependant être très minoritaires.

L'envoi direct par la personne en charge de l'étude à ses connaissances entraîne un biais de sélection. De même, la diffusion du questionnaire sur le groupe Facebook de l'Association des Jeunes Médecins Généralistes de Bourgogne (AJMGB) n'est pas anonymisée et sélectionne une population de MG plus jeune en moyenne qu'en population générale : 43 ans dans l'étude contre 50 ans pour les MG en France (33) et 51.9 ans en Saône et Loire. (34)

Le choix des médecins sollicités par courriel de participer ou non à l'étude entraîne un biais d'auto-sélection, ainsi les médecins plus intéressés par le sujet et ont été plus susceptibles de répondre au questionnaire. En généralisant les résultats il y a un risque de surestimer le nombre de médecins actifs ou le nombre de médecins conseillant ou prescrivant de l'AP entre autres.

L'évaluation du niveau d'activité physique des médecins interrogés a été faite avec le questionnaire ONAPS-PAQ (32, 33) qui permet une évaluation des comportements au quotidien incluant le travail, les déplacements, les activités domestiques ou de loisirs. Il s'appuie sur une estimation subjective des activités des personnes interrogées. Il existe donc un biais de classement lié à cette subjectivité et au biais de mémorisation.

Le questionnaire entraîne également un biais d'investigation liée à la façon dont les questions ont été posées et qui ont pu être mal comprises ou influencer les réponses.

## 3. Objectif principal

Notre étude ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les MG inactifs et actifs dans leurs réponses aux questions concernant la fréquence du conseil et de la prescription d'AP donnée aux patients. On retrouve même en proportion plus de médecins conseillant la pratique d'une AP en prévention primaire chez les inactifs que chez les actifs, sans significativité statistique, alors qu'on aurait pu s'attendre à l'inverse. En effet, une revue de littérature de 2022 (40) retrouve une majorité d'études montrant une association positive entre la pratique d'une AP par les médecins en soins primaires et la fréquence à laquelle ils

conseillent l'AP à leurs patients. Cependant, cette synthèse s'appuie sur des études relativement anciennes réalisées aux Etats Unis, en Angleterre et en Espagne entre 1998 et 2012 (41, 42, 43, 44). Une thèse de 2014 en France montrait aussi un lien entre le niveau d'AP des MG et leur utilisation du conseil minimal en termes de fréquence. (36)

Le renforcement des politiques de sensibilisation des médecins et de la population générale à l'intérêt de la pratique d'AP ces dernières années semble avoir porté ses fruits. Le conseil et la prescription d'AP ne semblent plus être un sujet abordé majoritairement par les médecins actifs ou sportifs.

#### 4. Objectifs secondaires

La comparaison des 2 sous-groupes du groupe des actifs, « actifs simples » et « sportifs+ », ne permet pas de montrer que les médecins les plus sportifs conseillent plus la pratique d'AP à leurs patients que ceux pratiquant une activité régulière mais moins fréquente. Cela paraît cohérent avec le résultat précédent.

La population de l'étude comprend 75 % de médecins actifs alors qu'on retrouve 66 % d'actifs en population générale. (16) Elle comprend également 31 % de médecins pratiquant du sport au moins 4 fois par semaine alors qu'on compte 25 % de personnes pratiquant du sport au moins 4 fois par semaine en population générale. (12)

Les médecins interrogés semblent plus susceptibles d'appliquer les recommandations concernant l'AP à eux-mêmes. Il s'agit en effet d'une population plus sensibilisée aux préconisations de l'HAS puisqu'ils en sont des promoteurs essentiels et qu'ils sont mieux informés des bénéfices de l'AP sur la santé. Ils font aussi partie d'un milieu socio-économique plus élevé, il est attendu qu'ils pratiquent plus d'activités physiques de loisirs et de sport que la population générale, comme le montre le Baromètre santé nutrition de 2008. (12)

On retrouve dans l'étude 81 % de médecins déclarant conseiller l'AP à leurs patients au moins une fois par semaine et 71 % qui prescrivent une APA plus de 3 fois par an dont 30 % au moins une fois par semaine. Ces nombres sont bien au-dessus de ceux attendus car on compte seulement 41 % de médecins déclarant avoir déjà prescrit une APA en 2021. (37) Une étude qualitative menée en Picardie en 2019 (38) montre aussi que les médecins évaluent et prescrivent très peu d'AP et se contentent de la conseiller. Une étude de pratique menée en

Aquitaine en 2017 (39) indique également que la prescription d'AP concerne seulement 12 % des consultations.

Le développement de la promotion de l'activité physique ces dernières années, et la diffusion du guide de l'HAS sur la consultation et la prescription médicale d'AP à des fins de santé chez l'adulte et des fiches d'information sur l'APA en 2022, semblent donner des résultats et avoir permis une augmentation importante de la fréquence de prescription d'APA en seulement quelques années.

L'utilisation du guide de l'HAS de 2022 reste cependant minoritaire puisqu'il a été consulté par seulement 30 % des répondants, sans écart notable entre les différents groupes. Il a pourtant été créé à la demande des médecins afin de pallier une partie des freins à la prescription d'AP. (29) La loi visant à démocratiser le sport en France de mars 2022 (21) et le guide des connaissances sur l'AP et la sédentarité (1) devaient permettre de limiter les autres freins. Il existe aujourd'hui de nombreux outils facilement accessibles pour favoriser la prescription d'AP et la faible utilisation ce guide ne semble pas retarder sa généralisation.

La seule différence significative retrouvée par notre étude concerne les connaissances que les médecins estiment avoir pour conseiller les patients sur leur AP. Les « sportifs+ » s'estiment plus souvent légitimes pour conseiller leurs patients sur ce thème que les « actifs simples ». Le praticien acquière en effet des connaissances à travers sa propre pratique. Les médecins sportifs sont particulièrement renseignés sur les sports qu'ils pratiquent et peuvent être plus précis dans leurs conseils ou dans l'évaluation de la pratique du patient. De plus, les médecins pratiquant beaucoup de sport peuvent s'appuyer sur leur expérience personnelle pour mieux comprendre le patient et les difficultés qu'il peut rencontrer, cela permet un partage et un échange qui facilite sûrement la compréhension par le patient. (45, 46) On ne retrouve pas cette différence entre les inactifs et les actifs. Il s'agit donc de la pratique régulière et fréquente du sport et pas de la simple AP, qui permettrait de renforcer ses connaissances. Cependant, l'objectif principal de l'étude n'ayant pas pu être démontré, on ne peut pas conclure à une différence sur ce sujet.

Presque 50 % des répondants évaluent systématiquement le niveau d'AP de leurs patients lors d'une première consultation. Le niveau d'AP des médecins concernés ne semble pas avoir d'influence sur les réponses à cette question. L'AP paraît être un élément important du mode

vie du patient pour les médecins actifs ou non. Cela est cohérent avec les données d'autres études qui montrent que 97 % des médecins estiment que l'incitation des patients à la pratique d'une AP fait partie de leurs missions et que 60 % abordent régulièrement cette question. (47)

Près de 9 participants sur 10 prennent le temps de faire entretien motivationnel lorsqu'ils prescrivent ou conseillent la pratique d'une AP chez un patient inactif comme le recommande l'HAS, c'est à dire centré sur la ou les APS choisie(s) avec le patient. Celui-ci permet d'évaluer l'état de motivation du patient pour l'AP choisie, mais aussi de repérer les freins, agir sur les leviers et l'accompagner vers un changement de mode de vie plus actif. Il établit des objectifs et encourage la pratique d'AP sous toutes ses formes. (29) Ainsi presque la totalité des médecins interrogés ne se contentent pas d'un simple « conseil minimal » pourtant déjà efficace (35) lorsqu'ils estiment que la pratique d'une APS pourrait être bénéfique à leurs patients.

Moins de la moitié des interrogés programment un suivi médical de prescription d'AP ou réservent un temps d'échange lié à l'AP lors des consultations suivantes, comme le recommande l'HAS. (29) Ce suivi pourrait pourtant permettre à court terme de renforcer la motivation des patients, d'évaluer leur assiduité aux séances, les difficultés qu'ils rencontrent et d'essayer d'y remédier. Pour les patients ayant une prescription d'APA en particulier, le suivi après quelques mois est essentiel puisqu'il permet de savoir si les conditions sont remplies pour renouveler cette prescription ou si le patient peut pratiquer une APS ne relevant pas de l'APA.

Il paraît contradictoire qu'autant de médecins prennent le temps d'un entretien motivationnel lorsqu'ils abordent le sujet de l'APS en consultation mais que plus de la moitié d'entre eux ne s'intéressent pas à la mise en pratique de leurs conseils ou de leurs prescriptions. Il se peut que le terme d'« entretien motivationnel » ait été mal compris bien que l'on ait donné sa définition. En effet, un des participants a noté en commentaire que cette question lui paraissait orientée par sa formulation.

Enfin, la moitié des MG inclus dans notre étude a déjà adressé un patient vers une maison sport santé ou vers un club proposant des créneaux sport santé. Les maisons sport-santé

réunissent des professionnels de santé et du sport pour présenter une offre d'APA facile d'accès. Elles sont en plein essor depuis leur création en 2019 et sont passées de 138 structures à 573 en 2022, avec en moyenne 6 structures par département. Ainsi, elles paraissent être aujourd'hui connues de la majorité des médecins et ceux-ci semblent y avoir de plus en plus recours malgré les difficultés de financement des activités qu'elles proposent liées à l'absence de prise en charge par l'assurance maladie et les mutuelles. (48, 49)

## CONCLUSION



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



### THESE SOUTENUE PAR MANON MANIATAKIS

#### CONCLUSIONS

Les bénéfices de l'APS sur la santé sont connus depuis plusieurs années. Le MG est un promoteur essentiel de la pratique d'AP avec la possibilité de simplement la conseiller ou de la prescrire pour les patients le nécessitant. Les dernières études sur le sujet montrent que les médecins restent cependant trop peu nombreux à la prescrire.

L'objectif de cette thèse est de montrer un potentiel lien entre le niveau d'APS des médecins généralistes et la fréquence de conseil et de prescription d'AP donnée aux patients.

Nos résultats ne permettent pas d'établir ce lien. Ils laissent ainsi supposer que les médecins inactifs sont aussi bien sensibilisés que les actifs à la promotion de l'APS sans pouvoir le démontrer. Les résultats de notre étude suggèrent également que les MG seraient bien plus nombreux qu'auparavant à conseiller et à prescrire de l'AP à leurs patients. L'étude soulève également l'idée que les médecins généralistes orientent de plus en plus fréquemment leurs patients vers des maisons sport santé. Notre travail ne permettant pas de conclure sur ces hypothèses, il serait intéressant de conduire des études les testant.

L'importance de la pratique d'APS sur la santé est aujourd'hui reconnue par tous, y compris par les pouvoirs publics qui ont permis d'en faire une démarche thérapeutique à part entière en permettant sa prescription par les médecins. Son financement reste cependant un frein évident pour son développement puisqu'elle n'est pas prise en charge par l'assurance maladie et les mutuelles.

Le Président du jury,

Pr. ORNETTI Paul

Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 12 Février 2024  
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ

## BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Guide des connaissances sur l'AP et la sédentarité. [en ligne]. 2022 [cité le 21 février 2023]. [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/guide\\_connaissance\\_ap\\_sedentarite\\_vf.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/guide_connaissance_ap_sedentarite_vf.pdf)
2. ANSES. Actualisation des repères du PNNS : Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. [en ligne]. 2015 [cité le 21 février 2023]. <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
3. Inserm. Activité physique : contextes et effets sur la santé. Inserm. 2008. 811p. [https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/expcol\\_2008\\_activite.pdf?sequence=1](https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/expcol_2008_activite.pdf?sequence=1)
4. Department of Health and Human Services USA. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific report. Department of Health and Human Services USA ; 2018. 779p. [cité le 21 février 2023] [https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG\\_Advisory\\_Committee\\_Report.pdf](https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf)
5. Colcombe, S.J., Erickson, K.I., Scaff, P.E., Kim, J.S., Prakash, R., McAuley, E., Elavsky, S., Marquez, D.X., Hu, L., Kramer. Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* Nov 2006;61(11):1166-70
6. OMS. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. [en ligne]. 2010 [cité le 21 février 2023]. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf)
7. Organisation Mondiale de la Santé. Activité physique [En ligne]. 2022 [cité le 21 novembre 2023]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- 8 : ANSES. Programme National Nutrition Santé 2001-2005. [en ligne]. 2001 [consulté le 21 décembre 2023]. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>

9 : Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF du 11 août 2004. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000787078/>

10 : INVS. Etude Nationale Nutrition Santé ENNS, 2006. [en ligne]. 2007 [consulté le 21 décembre 2023] file:///C:/Users/mmani/Downloads/26327\_7069-rapp-inst-enns-web.pdf

11 : Santé publique France. Manger Bouger [en ligne]. [consulté le 21 décembre 2023] [https://www.mangerbouger.fr/?xtor=SEC-148-GOO&gclid=CjwKCAiA1MCrBhAoEiwAC2d64UNmAxr7kBYfU3uVvGbSYfQR8gz2GXhAkdsUOd-UvOG4Fot8csZE\\_BoCWzIQAvD\\_BwE&gclsrc=aw.ds&adfc=1701876327.exU2xEv\\_wkGgWgm9iEWDCg.Mjg2NzM5MywxOTEzMzMx](https://www.mangerbouger.fr/?xtor=SEC-148-GOO&gclid=CjwKCAiA1MCrBhAoEiwAC2d64UNmAxr7kBYfU3uVvGbSYfQR8gz2GXhAkdsUOd-UvOG4Fot8csZE_BoCWzIQAvD_BwE&gclsrc=aw.ds&adfc=1701876327.exU2xEv_wkGgWgm9iEWDCg.Mjg2NzM5MywxOTEzMzMx)

12. Escalon H, Bossard C, Beck F. Baromètre santé nutrition 2008. Baromètre santé [en ligne]. 2010:424p. [cité le 21 février 2023] <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-nutrition-2008>

13 : Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Plan National « Bien Vieillir » 2007-2009. [en ligne]. [consulté le 21 décembre 2023]. [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_plan-3.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf)

14 : Ministère des Affaires Sociales et de la santé. Stratégie Nationale de Santé, feuille de route. [en ligne]. 2013. [consulté le 21 décembre 2021] [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille\\_de\\_route.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf).

15 : Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive. [en ligne]. 2008. [consulté le 21 décembre 2023] <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapPreventionActivite-2008.pdf>

16 : Haut Conseil de la Santé Publique. Objectifs de santé publique. Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions. [en ligne]. 2010. [cité le 21 décembre 2023]. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Haut\\_conseil\\_de\\_la\\_sante\\_publique\\_-\\_Objectifs\\_de\\_sante\\_publique.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf)

17 : ARS Pays de la Loire. Plan régional Sport, santé, bien-être 2013-2017 [en ligne]. 2017. [consulté le 21 décembre 2023] <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/plan-regional-sport-sante-bien-etre>

18 : ARS Bretagne. 1er Plan « Sport, Santé, Bien-être » Bretagne 2013-2016. [en ligne]. [consulté le 21 décembre 2023]. [https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/09/Plan-sport-sante-Bretagne\\_vdef\\_2\\_.pdf](https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/09/Plan-sport-sante-Bretagne_vdef_2_.pdf)

19 : Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Légifrance. JORF du 27 janvier 2016. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/?detailType=EXP\\_OSE\\_MOTIFS&detailId=](https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/?detailType=EXP_OSE_MOTIFS&detailId=)

20 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023. [en ligne]. 2019. [consulté le 21 décembre 2023] [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4\\_2019-2023.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf)

21. Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France. JORF du 3 mars 2022. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=LlhsiCgDpYJsCxxsL1\\_RUuN7Pce5JP\\_lubW2AuKICjU=](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=LlhsiCgDpYJsCxxsL1_RUuN7Pce5JP_lubW2AuKICjU=)

22 : Ministère de la Santé et de la Prévention. Plan National Santé Environnement (PNSE3) 2015-2019. [en ligne]. 2022. [consulté le 21 décembre 2023] <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/les-plans-nationaux-sante-environnement/article/plan-national-sante-environnement-pnse3-2015-2019>

23 : Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, Ministère délégué aux Transports, à la Mer et à la Pêche. Dossier de Presse - Plan d'Actions pour les mobilités actives (PAMA) - La marche et le vélo. [en ligne] 2014. [consulté le 21 décembre 2023] <https://mobilidoc.fr/document-6>

24 : Institut National du Cancer. Le Plan cancer 2014-2019. [en ligne]. 2021. [consulté le 21 décembre 2023]. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019>

- 25 : Institut National du Cancer. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. [en ligne]. 2023. [consulté le 21 décembre 2023] <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>
- 26 : Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère des Sports. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024. [en ligne]. 2019. [consulté le 21 décembre 2023] <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>
27. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. 2017. [consulté le 05/01/2023] [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)
28. Wonka Europe. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. Wonka Europe ; 2002. 52p. [consulté le 21 février 2023]. [https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition\\_europeenne\\_de\\_la\\_medecine\\_generale\\_-\\_wonca\\_2002.pdf](https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf)
29. HAS. Guide - Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. [en ligne]. 2022 [consulté le 21 février 2023]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf)
30. HAS. Synthèse – La prescription d'activité physique adaptée (APA). [en ligne]. 2022 [consulté le 27 janvier 2024]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/synthese\\_prescription\\_apa\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/synthese_prescription_apa_vf.pdf)
31. ONAPS. Les outils d'évaluation – Questionnaires. [en ligne]. [consulté le 24 janvier 2024]. <https://onaps.fr/outils-devaluation/#aps>
32. Charles et al. ONAPS-PAQ. [en ligne]. 2021 [consulté le 21 février 2023]. <https://onaps.fr/wp-content/uploads/2020/10/Questionnaire-Onaps.pdf>
33. ONAPS. Grille de lecture et d'interprétation ONAPS-PAQ. [en ligne]. [consulté le 21 février 2024]. <https://onaps.fr/wp-content/uploads/2023/10/2022-05-02-Interpretation-ONAPS-PAQ.pdf>
34. Drees. Démographie des professionnels de santé. [en ligne]. 2023. [consulté le 28 janvier 2024]. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

35. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [en ligne]. 1<sup>er</sup> janvier 2022. [consulté le 26 janvier 2024]. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/11jksb5/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2022\\_tome\\_1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf)
36. Cathelin JB. Influence de l'activité physique du médecin généraliste sur sa pratique concernant l'abond de l'activité physique en consultation [Thèse de doctorat]. Lille, France:Université Lille 2 droit et santé;2014
37. Ancellin R, Communal D. Prescription d'activité physique par les médecins : freins et leviers. La Santé en action. Décembre 2022;462:19-21
38. Perwez T. Prescription de l'activité physique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes en Picardie [Thèse de doctorat]. Amiens, France:Université de Picardie Jules Verne;2018
39. Cournet J. La prescription d'activité physique chez les maîtres de stage en médecine générale d'Aquitaine : qu'en est-il dans la réalité ? [Thèse de doctorat]. Bordeaux, France :Université de Bordeaux ;2017
40. Clarimont F. Influence de la pratique d'une activité physique par le professionnel de santé en soins primaires sur son conseil en activité physique donné au patient : une revue narrative de la littérature [Thèse de doctorat]. Montpellier, France :Université de Montpellier ;2022
41. Abramson S, Stein J, Schaufele M, Frates E, Rogan S. Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians : a national survey. Clin J Sport Med. Janv 2000;10(1):40-8
42. Frank E, Segura C, Shen H, Oberg E. Predictors of Canadian physicians' prevention counseling practices. Can J Public Health. oct 2010;101(5):390-5
43. Puig Ribera A, McKenna J, Riddoch C. Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. Eur J Public Health. Déc 2005;15(6):569-75

44. McKenna J, Naylor PJ, McDowell N. Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *Br J Sports Med.* sept 1998;32(3):242-7
45. Moussard Philippon L. Le médecin généraliste et le conseil en activité physique : étude qualitative auprès de médecins généralistes franciliens [Thèse de doctorat]. Paris, France. Université Paris Descartes ;2013
46. Huet M. La promotion de l'activité physique en médecine générale. Étude qualitative sur les représentations et les pratiques de médecins généralistes de l'île de La Réunion [Thèse de doctorat]. La Réunion, France. Université de la Réunion ;2020
47. ORS, URPS-ML Pays de la Loire. Promotion et prescription de l'activité physique : attitudes et pratiques des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. mai 2016;(13):8
48. INJEP Oualhaci. Les Maisons sport-santé : des enjeux de coordination, de légitimation et de financement. *INJEP analyses et synthèses.* 2023 ;69 :1-4 [en ligne]  
<https://injep.fr/publication/les-maisons-sport-sante-des-enjeux-de-coordination-de-legitimation-et-de-financement/>
49. Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse, des sports et des jeux olympiques et paralympiques. Le réseau des Maisons Sport-Santé poursuit son déploiement. [en ligne] 2022. [consulté le 27 janvier 2024] file:///C:/Users/mmani/Downloads/sportsante-dossierpresse2022-110322-pdf-1984.pdf

## ANNEXE

### Questionnaire

- **Vous êtes :**     Une femme ;  Un homme ;  Autre

- **Quel âge avez-vous ?**

- **Êtes-vous médecin généraliste remplaçant(e), installé(e) ou interne effectuant des remplacements ?**

Remplaçant(e) ;  Installé(e) ;  Interne remplaçant(e)

- **Où pratiquez-vous ?**     En zone rurale ;  En zone semi-rurale ;  En zone urbaine

---

#### **Partie 1 : Evaluation du niveau d'activité physique et sportive du médecin généraliste**

5 questions

Quelques définitions permettant de répondre au questionnaire :

- **L'activité physique (AP)** est définie comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, qui entraîne une dépense énergétique supérieure à celle du métabolisme de repos. L'activité physique comprend les AP de la vie quotidienne, les exercices physiques et les activités sportives.

- **Le sport (ou activité sportive)** est une forme particulière d'AP où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles (ou d'attentes), et dans laquelle un objectif, le plus souvent de performance, est clairement défini. La pratique sportive comprend : le sport en compétition et la pratique sportive de masse en club ; le sport scolaire ; et les pratiques sportives de loisir en individuel ou en groupe non affiliées à une association.

On distingue trois intensités d'AP :

- **AP d'intensité légère** (marche lente, gymnastique douce, nage détente) n'entraînant pas d'essoufflement ou de transpiration, avec une pénibilité ressentie à 3 ou 4/10.

- **AP d'intensité modérée** (marche rapide, montée d'escalier, randonnée, vélo sur terrain plat, port de charge...). Elle est marquée par une accélération de la respiration et une transpiration mais la conversation reste possible. La pénibilité ressentie est à 5 ou 6/10.

- **AP de forte intensité** (course à pied, vélo à un rythme soutenu ou avec des pentes, natation, football, fitness, tâches agricoles ou manutentionnaires difficiles...) marquée par un essoufflement, une transpiration importante et une conversation difficile. La pénibilité est à 7 ou 8/10.

- **Q1 : Au cours d'une semaine habituelle (week-end inclus), combien de temps en moyenne (en minutes) effectuez-vous des trajets à pieds ?**

- **Q2 : Au cours d'une semaine habituelle (week-end inclus), combien de temps en moyenne (en minutes) effectuez-vous des trajets en vélo ?**

- **Q3 : Au cours d'une semaine habituelle (week-end inclus), combien de temps en moyenne (en minutes) pratiquez-vous des activités sportives ou des activités physiques de loisirs d'intensité modérée ?**

- **Q4 : Au cours d'une semaine habituelle (week-end inclus), combien de temps en moyenne (en minutes) pratiquez-vous des activités sportives ou des activités physiques de loisirs de forte intensité ?**

- **Q5 : Pratiquez-vous une ou des activité(s) sportive(s), telle(s) que définie(nt) plus haut, au moins 4 fois par semaine ?**

-----

## Partie 2 : Évaluation du niveau de conseil et de prescription d'activité physique par les médecins généralistes

8 questions

Toutes les questions se rapportent à des patients majeurs

- **L'activité physique (AP)** est définie comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, qui entraîne une dépense énergétique supérieure à celle du métabolisme de repos. L' AP comprend les AP de la vie quotidienne, les exercices physiques et les activités sportives.

- **Le sport (ou activité sportive)** est une forme particulière d'AP où les participants adhèrent à une ensemble commun de règles (ou d'attentes), et dans laquelle un objectif, le plus souvent de performance, est clairement défini. La pratique sportive comprend : le sport en compétition et la pratique sportive de masse en club ; le sport scolaire ; et les pratiques sportives de loisir en individuel ou en groupe non affiliées à une association.

- **Q1 : Évaluez-vous systématiquement le niveau d'activité physique de vos patients lors d'une première consultation ?**

× Oui ; × Non

- **Q2 : Pensez-vous avoir les connaissances nécessaires pour conseiller les patient(e)s sur leur AP ?** × Oui ; × Non

- **Q3 : A quelle fréquence estimez-vous conseiller ou prescrire à vos patient(e)s la pratique d'une AP en prévention primaire ?**

× Au moins une fois par semaine × Au moins une fois par mois; × Plus de trois fois par an ; × Moins de trois fois par an

- **Q4 : A quelle fréquence estimez-vous prescrire une AP de type activité physique adaptée (APA), sport santé ou activité physique supervisée à vos patient(e)s souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques ?** × Au moins une fois par semaine

× Au moins une fois par mois; × Plus de trois fois par an ; × Moins de trois fois par an

- **Q5 : Pour vous, le conseil ou la prescription d'une AP chez un(e) patient(e) inactif(ve) doit le plus souvent passer par un entretien motivationnel\* ?** × Oui ; × Non

*\*Un entretien motivationnel est centré sur la ou les AP ou sportive(s) choisie(s) avec le patient. Il permet d'évaluer l'état de motivation du patient pour l'AP choisie, mais aussi de repérer les freins, agir sur les leviers et l'accompagner vers un changement de mode de vie plus actif et moins sédentaire. Il permet de définir avec lui des objectifs réalistes et réalisables et encourager la pratique d'AP sous toutes ses formes afin de réduire le temps passé à des activités sédentaires.*

- **Q6 : Avez-vous déjà adressé un(e) patient(e) vers une maison sport santé ou vers un club proposant des créneaux sport santé ?** × Oui ; × Non

- **Q7 : Après avoir conseillé ou prescrit une AP à un(e) patient(e) habituellement inactif(ve), programmez-vous un suivi médical de prescription de l'AP ou réservez-vous un temps d'échange lié à l'AP lors des prochaines consultations ?**

× Oui ; × Non

- **Q8 : Avez-vous déjà consulté le guide de l'HAS de juillet 2022 sur la consultation et la prescription médicale d'AP à des fins de santé chez l'adulte ?** × Oui ; × Non

- **Commentaire libre si le sujet de thèse ou le questionnaire ont soulevé des questions ou des remarques**

**Titre de la thèse** : Lien entre le niveau d'activité physique et sportive des médecins généralistes de Saône-et-Loire et le niveau de conseil et de prescription d'activité physique donné aux patients

**Auteur** : Manon MANIATAKIS

**Résumé** :

Introduction : Malgré la possibilité pour les médecins généralistes de prescrire la pratique d'activité physique depuis plusieurs années, cette prescription reste rare selon les dernières études sur le sujet. Nous nous intéressons dans ce travail à la pratique d'activité physique et sportive par les médecins et à sa potentiel influence sur la fréquence de conseil et de prescription d'activité physique donnée aux patients.

Méthode : Etude descriptive analytique conduite en 2023 auprès des médecins généralistes de Saône-et-Loire au moyen d'un questionnaire permettant de recueillir 97 réponses.

Résultats : Nos résultats ne permettent pas de montrer de différence statistiquement significative concernant l'objectif principal : 87 % des répondants du groupe inactifs et 79 % des répondants du groupe actifs déclarent conseiller ou prescrire la pratique d'une activité physique en prévention primaire au moins une fois par semaine. Les différences concernant plus précisément la fréquence de prescription d'activité physique adaptée entre les 2 groupe ne montre pas de différence statistiquement significative : 21 % des médecins généralistes du groupe inactif et 33 % des médecins généralistes du groupe actifs la prescrivent au moins une fois par semaine.

Conclusion : Notre travail ne permet pas d'établir un lien entre le niveau d'activité physique et sportive des médecins généralistes et la fréquence de conseil et de prescription d'activité physique donnée aux patients. Il permet cependant de soulever plusieurs hypothèses, entre autres, les médecins semblent prescrire des activités physiques adaptées bien plus fréquemment que le montrent les précédentes études sur le sujet.

Mots-clés : Activité physique ; sport ; prévention en sante ; médecine générale ; activité physique adaptée ; prescription d'activité physique ; maisons sport sante