



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Promotion de l'activité physique chez l'adulte par le médecin généraliste : influence de la connaissance des recommandations mondiales

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 15 février à 18h
au Pôle Formation
par **Wilfried VERRIEZ**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Fawaz JOOMUN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ALD	Affection Longue Durée
AP	Activité Physique
APA	Activité Physique Adaptée
APS	Activité Physique ou Sportive
ARS	Agence Régionale de Santé
BPCO	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DPO	Délégué à la Protection des Données
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MG	Médecin Généraliste
MICI	Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin
MSU	Maître de Stage des Universités
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNNS	Programme National Nutrition Santé
RGPD	Règlement Général de la Protection des Données

Sommaire

<i>Avertissement</i>	2
<i>Remerciements</i>	4
<i>Sigles</i>	8
<i>Sommaire</i>	9
<i>Introduction</i>	11
<i>Matériel et méthodes</i>	15
1 <i>Design de l'étude</i>	15
2 <i>Recrutement des participants</i>	15
3 <i>Questionnaire</i>	16
4 <i>Analyse des données</i>	16
5 <i>Analyse statistique</i>	17
5.1 <i>Analyses univariées</i>	17
5.2 <i>Analyses bivariées</i>	17
5.3 <i>Significativité</i>	18
6 <i>Éthique et aspects légaux</i>	18
<i>Résultats</i>	19
1 <i>Flowchart</i>	19
2 <i>Profil de l'échantillon</i>	20
3 <i>Influence de la connaissance des recommandations de l'OMS en matière d'AP sur sa promotion chez l'adulte</i>	25
4 <i>Influence de la pratique personnelle d'AP sur sa promotion par le MG</i>	27
5 <i>Facteurs limitant le conseil d'une APS</i>	28
<i>Discussion</i>	29
1 <i>Principaux résultats</i>	29
1.1 <i>Connaissance des recommandations de l'OMS et promotion de l'AP dans le cadre des maladies respiratoires chroniques et des cancers</i>	29
1.2 <i>Connaissance des recommandations de l'OMS et conseil de programmes d'APA</i>	31
1.3 <i>Facteurs limitant le conseil d'une APS</i>	32
2 <i>Forces et limites de l'étude</i>	33
3 <i>Perspectives</i>	36
<i>Conclusion</i>	37

<i>Liste des tables</i>	38
<i>Liste des figures</i>	39
<i>Références</i>	40
<i>Annexe 1</i>	45
<i>Annexe 2</i>	46
<i>Annexe 3</i>	53
<i>Annexe 4</i>	54

Introduction

L'activité physique (AP) est définie comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie » dans le cadre du travail, des déplacements, des loisirs ou des tâches domestiques (1).

L'inactivité physique correspond à un niveau d'AP insuffisant pour atteindre les seuils minimaux recommandés (2). Elle représente le quatrième facteur de risque de maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques ou le diabète (3). Une diminution de l'inactivité physique de 10 à 25% pourrait permettre d'éviter plus de 1 million de décès chaque année dans le monde (4).

Les bénéfices sur la santé d'une AP régulière sont bien documentés chez les personnes atteintes ou non de maladies chroniques (5).

Les individus les plus actifs présentent une diminution du risque de mortalité toutes causes confondues de 31%, avec une relation dose-réponse (6). Le respect des recommandations mondiales d'AP est associé à une réduction du risque de mortalité par maladie cardiovasculaire de 23% par rapport aux sujets inactifs (7). La mortalité spécifique par cancers notamment du sein, du côlon et de la prostate est diminuée de 38% avec une relation dose-réponse chez les sujets les plus actifs (8).

La pratique d'une AP aérobique d'intensité modérée au niveau des recommandations permet de réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires de 17% et du diabète de type 2 de 26% (7). L'augmentation du niveau d'AP est également associée à une diminution de l'incidence de l'obésité, des troubles dépressifs et anxieux ainsi que de

nombreux cancers dont le cancer du sein, du côlon, de l'endomètre, du poumon, de la vessie, du rein et de l'adénocarcinome de l'œsophage (8).

L'AP est également associée à une réduction de la récurrence par cancer du sein, colorectal et de la prostate, avec une relation dose-réponse (9).

Les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) les plus actifs présentent une diminution significative du risque d'exacerbations et de mortalité (10). Chez les patients asthmatiques, une augmentation du niveau d'AP est associée à une amélioration de la fonction respiratoire, du contrôle de l'asthme et de l'état de santé global (11).

Outre la capacité aérobie, une force musculaire faible est associée à une surmortalité toutes causes de 80%. Une force musculaire plus faible est également associée à une mortalité accrue chez les patients atteints de cancers, de maladies graves, d'insuffisance rénale, de maladies métaboliques et vasculaires et de BPCO (12).

Face au constat du niveau d'inactivité physique et de sédentarité, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a élaboré un Plan d'action mondial pour la période 2018-2030 dont l'objectif principal est de réduire le niveau d'inactivité physique de 15% d'ici 2030 (2). A l'échelle européenne, la pratique d'une AP au niveau des recommandations mondiales permettrait d'éviter 11,5 millions de nouveaux cas de maladies non transmissibles d'ici 2050 (13).

L'augmentation du niveau d'AP a de nombreux bénéfices sanitaires mais également économiques. L'OMS et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) estiment que la France dépensera 1 milliard d'euros par an pour traiter les maladies liées à l'inactivité physique entre 2022 et 2050 (13).

Pour les adultes, l'OMS recommande la pratique hebdomadaire d'au moins 150 à 300 minutes d'AP aérobique d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'AP aérobique d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé. Les adultes devraient également pratiquer des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires au moins deux fois par semaine (14) (annexe 1).

Les objectifs mondiaux et européens de pratique d'AP sont relayés à l'échelle nationale par le Programme National Nutrition Santé (PNNS) (15).

Les Jeux Olympiques et Paralympiques 2024 de Paris représentent une occasion pour les autorités publiques de promouvoir l'AP par l'intermédiaire de la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 (16).

En France en 2022, 5% des adultes avaient une AP suffisante pour être protectrice (17). Plus d'un français sur deux déclarait que la pandémie Covid-19 avait conduit à une diminution ou à l'arrêt d'une ou plusieurs activité(s) physique(s) ou sportive(s) (APS) (18).

Le rôle du médecin généraliste (MG) est essentiel dans la promotion de l'AP auprès de ses patients. En soins primaires, la promotion de l'AP augmente significativement le niveau d'AP des adultes sédentaires à 12 mois (19).

Le degré d'intervention par l'AP dépend du niveau d'AP du patient et de ses éventuelles pathologies, couvrant ainsi les trois dimensions de la prévention, de la pratique non supervisée en autonomie à l'activité physique adaptée (APA) (20).

Les interventions brèves, les conseils personnalisés, les soutiens comportementaux incluant la remise d'une ordonnance ou de supports écrits et le suivi médical concernant l'AP améliorent les résultats cliniques des patients atteints de maladies chroniques (21).

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 permet la prescription d'AP sur ordonnance pour les patients en affection de longue durée (ALD). La loi n°2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France élargit le champ de la prescription d'AP aux personnes atteintes de maladies chroniques, présentant des facteurs de risque ou en situation de perte d'autonomie (22). En 2022, 11% des Français disaient avoir bénéficié d'une prescription par un médecin pour pratiquer une APS (18).

La Haute Autorité de Santé (HAS) rapporte cinq freins majeurs à la prescription d'AP par le médecin traitant dont le premier est son manque de connaissances concernant l'AP et ses impacts sur la santé. Afin d'aider les médecins à promouvoir l'AP auprès de leurs patients, la HAS a élaboré en 2022 un guide de « Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte » (23).

L'objectif principal de cette étude est d'étudier l'influence de la connaissance des recommandations de l'OMS en matière d'AP du MG sur la promotion de celle-ci chez l'adulte. Les objectifs secondaires sont d'étudier l'influence du niveau personnel d'AP du MG sur la promotion de celle-ci, ainsi que les facteurs limitants la promotion de l'AP.

Matériel et méthodes

1 Design de l'étude

Une étude épidémiologique observationnelle transversale descriptive de type quantitative est réalisée entre août et octobre 2023.

Cette étude concernait les MG installés en activité du Nord et du Pas-de-Calais.

La sélection au hasard des MG est effectuée via la fonction Alea() du logiciel Excel® à l'aide de la base de données de l'annuaire santé d'ameli.fr (<http://annuaire.sante.ameli.fr>), par utilisation des termes « médecin généraliste », « Nord » et « Pas-de-Calais ».

Les MG remplaçants, exerçant une activité salariée exclusive ou ayant un mode d'exercice particulier exclusif (angiologue, médecine esthétique, médecine du sport, homéopathes) sont exclus.

2 Recrutement des participants

Les MG sélectionnés sont contactés par téléphone ou par courriel lorsque l'adresse est connue. Lorsqu'un numéro de téléphone est référencé sur l'annuaire santé d'ameli.fr, il est utilisé pour le contact téléphonique. Lorsqu'aucun numéro de téléphone n'est indiqué ou que celui-ci était erroné, une recherche sur le site internet pagesjaunes.fr est réalisée. Les MG pour lesquels aucun numéro de téléphone n'est référencé sont exclus.

Une brève présentation de l'étude est réalisée directement auprès du médecin si possible sinon auprès du ou de la secrétaire.

Après accord du médecin pour participer à l'étude, une adresse mail est recueillie pour la diffusion de la description de l'étude et du lien du questionnaire. En cas de refus de participation, le motif est demandé.

3 Questionnaire

Un auto-questionnaire anonyme est élaboré et diffusé via la plateforme Limesurvey® (annexe 2).

Il comportait 19 questions au total :

- 8 questions permettant de définir les caractéristiques personnelles de l'échantillon ;
- 3 questions concernant la prise de connaissance des recommandations en matière d'AP ;
- 2 questions correspondant au questionnaire de Marshall évaluant le niveau d'AP personnel du MG. Un score ≥ 4 classe le répondant comme « suffisamment » actif ; à l'inverse un score < 4 identifie le répondant comme « insuffisamment » actif (annexe 3) ;
- 6 questions concernant l'abord de l'AP en consultation.

La diffusion du questionnaire est réalisée du 31/08/2023 au 20/10/2023. Une relance systématique par mail est envoyée un mois plus tard.

4 Analyse des données

Les données des réponses sont exportées dans un fichier Excel® à partir de la plateforme Limesurvey®.

Les items « Connaissance des recommandations de l’OMS concernant la durée hebdomadaire de pratique d’activité physique aérobique » et « Connaissance des recommandations de l’OMS concernant la pratique de renforcement musculaire » sont regroupés en une seule variable « Connaissance des recommandations de l’OMS en matière d’activité physique » :

- Oui : connaissance des recommandations de l’OMS de pratique d’AP aérobique et de renforcement musculaire ;
- Non : non connaissance des recommandations de l’OMS de pratique d’AP aérobique et de renforcement musculaire ;
- Une recommandation sur deux : connaissance soit de la recommandation de pratique d’AP aérobique, soit de la recommandation de pratique de renforcement musculaire.

5 Analyse statistique

Les analyses statistiques sont réalisées avec le logiciel STATA/SE version 17.0.

5.1 Analyses univariées

Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités sont exprimées en effectif et pourcentage.

5.2 Analyses bivariées

L’indépendance entre deux variables qualitatives est testée à l’aide d’un test du Khi^2 lorsqu’il est réalisable. Si les conditions de réalisation des tests n’étaient pas remplies (effectifs théoriques > 5), un test exact de Fisher est réalisé.

Les participants n'ayant pas répondu ou ayant répondu « ne se prononce pas » sont exclus de l'analyse.

5.3 Significativité

Les tests statistiques sont bilatéraux. Les p valeurs sont considérées comme significatives au seuil de 5%.

6 Éthique et aspects légaux

Une déclaration est effectuée auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) via le Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Lille. La délivrance du récépissé d'exonération de traitement de déclaration relative au règlement général sur la protection des données (RGPD) est établie le 3 juillet 2023.

(annexe 4)

Résultats

1 Flowchart

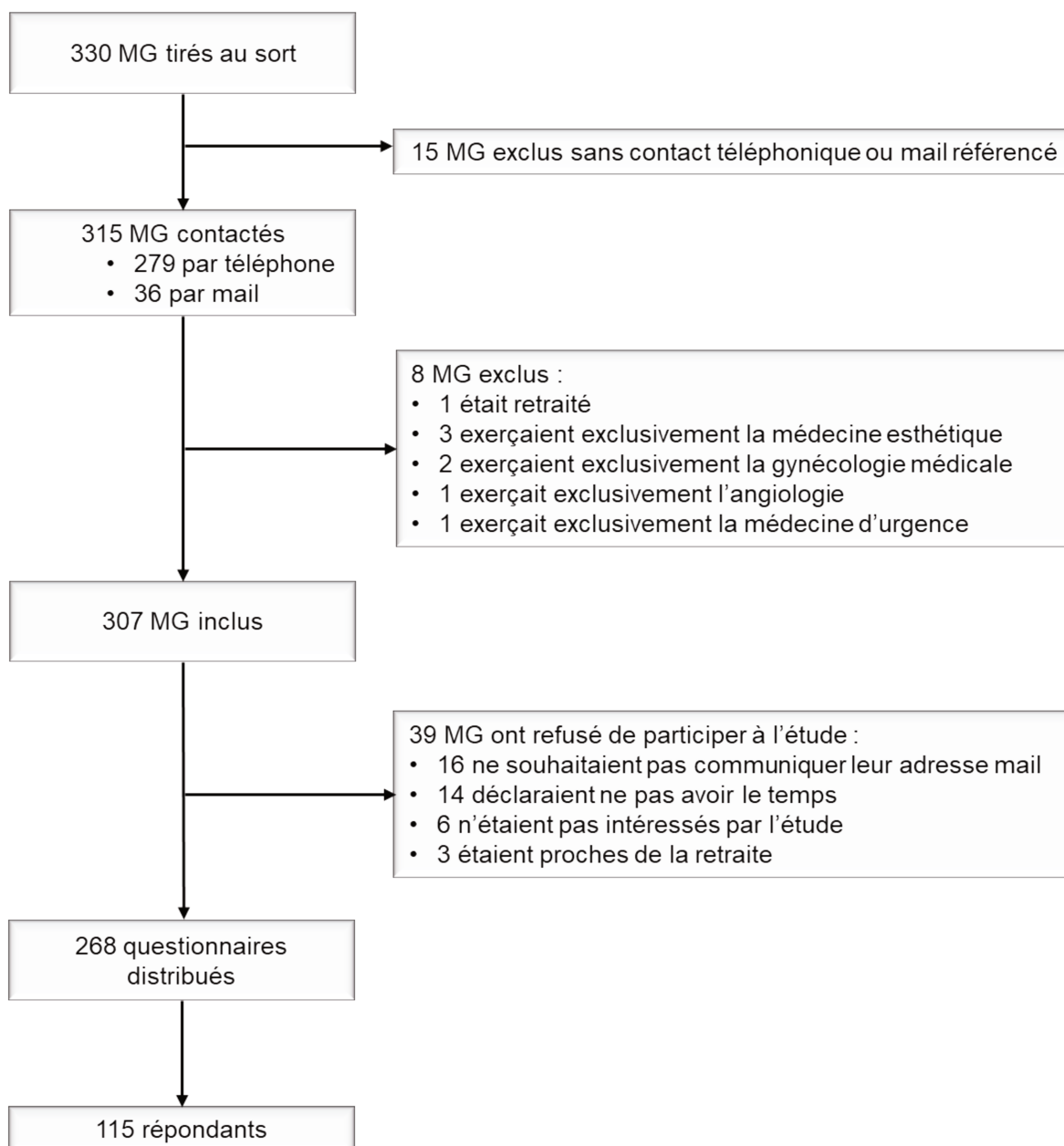


Figure 1 : Diagramme de flux

Au total, on obtient N=115 soit un taux de réponse de 37,5%.

2 Profil de l'échantillon

Les caractéristiques de l'échantillon sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : Profil de l'échantillon (N = 115)

Caractéristiques	n (%)
Genre	
Féminin	55 (47,8)
Masculin	60 (52,2)
Autre	0 (0)
Age	
< 30 ans	0 (0)
30-39 ans	40 (34,8)
40-49 ans	29 (25,2)
50-59 ans	28 (24,3)
60-69 ans	14 (12,2)
> 69 ans	4 (3,5)
Type d'exercice	
Libéral	110 (95,7)
Mixte	5 (4,3)
Zone d'exercice	
Urbaine	67 (58,3)
Rurale	48 (41,7)
Mode d'exercice	
Groupe pluriprofessionnel	55 (47,8)
Groupe monodisciplinaire	37 (32,2)
Seul	23 (20)
Maître de stage universitaire (MSU)	
Oui	50 (43,5)
Non	65 (56,5)
Formation en médecine du sport	
Oui	7 (6,1)
Non	108 (93,9)
Niveau personnel d'AP	
« Suffisamment » actif	47 (40,9)
« Insuffisamment » actif	63 (54,8)
Aucune réponse	5 (4,3)

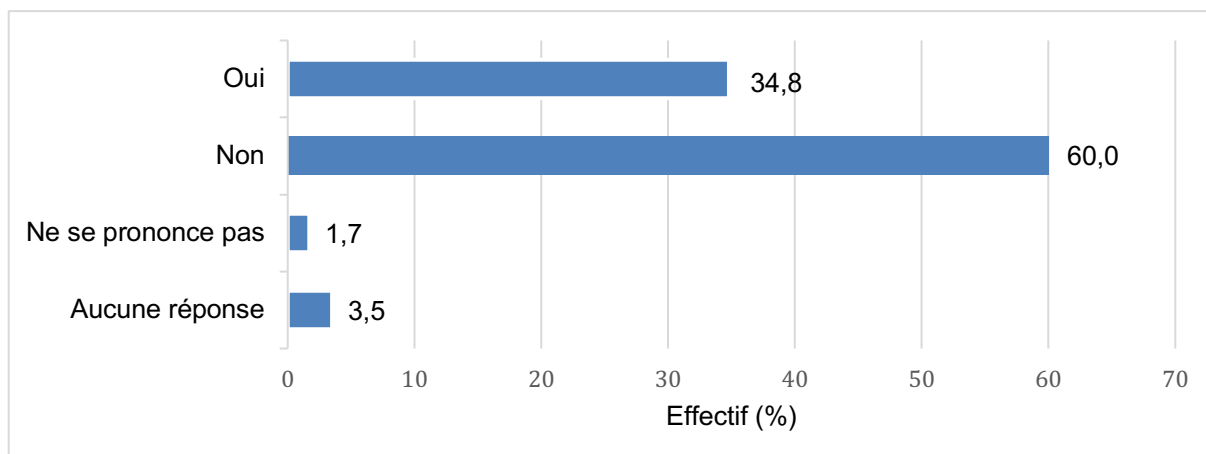


Figure 2 : Connaissance de la recommandation de l’OMS concernant la durée hebdomadaire de pratique d’AP aérobique chez l’adulte

La majorité des MG (n=69 ; 60,0%) n’a pas eu connaissance de la recommandation de l’OMS concernant la durée hebdomadaire de pratique d’AP aérobique chez l’adulte.

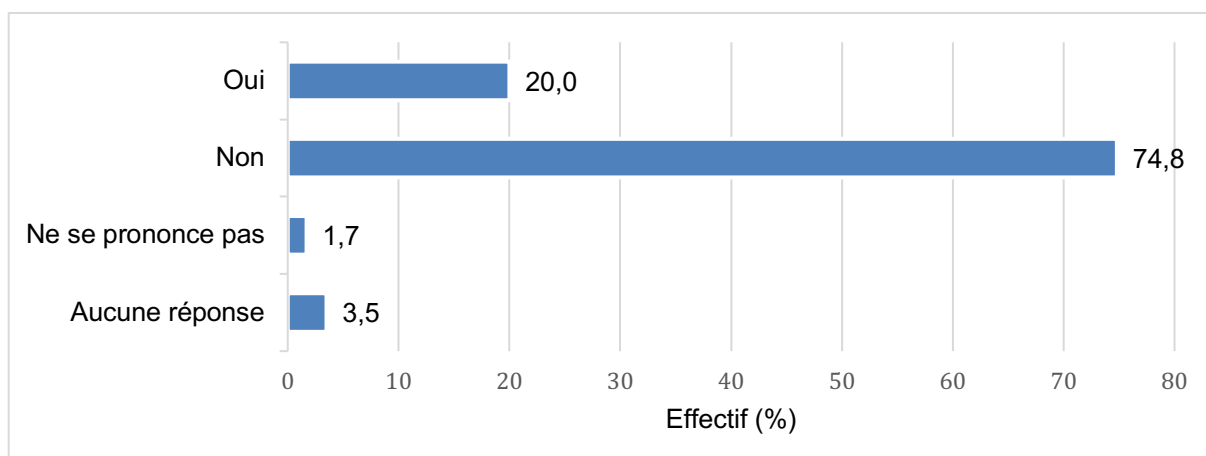


Figure 3 : Connaissance de la recommandation de l’OMS concernant la pratique de renforcement musculaire chez l’adulte

La majorité des MG (n=86 ; 74,8%) n’a pas eu connaissance de la recommandation de l’OMS concernant la pratique de renforcement musculaire chez l’adulte.

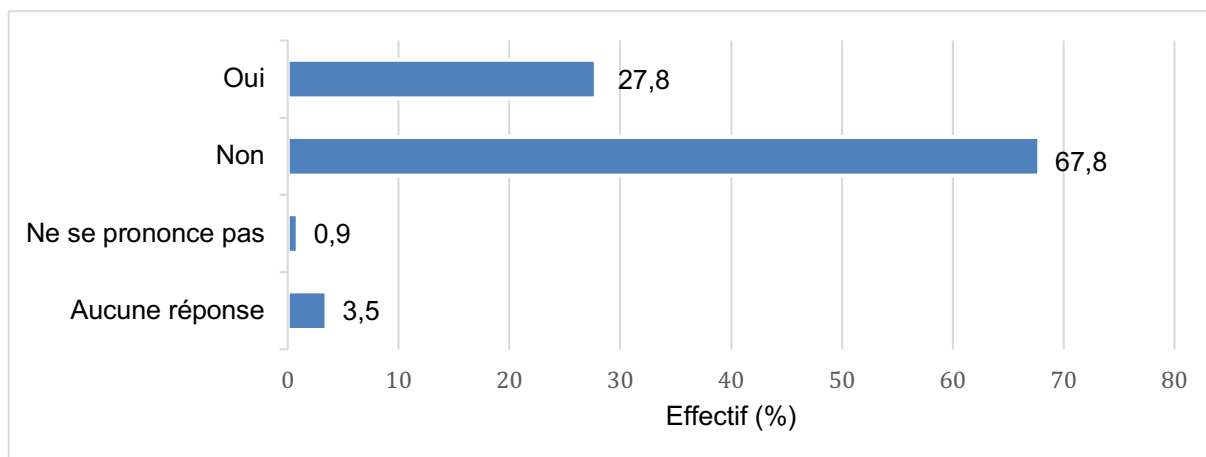


Figure 4 : Connaissance du guide « Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte » de la HAS

La majorité des MG (n=78 ; 67,8%) n'a pas eu connaissance du guide « Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte » de la HAS.

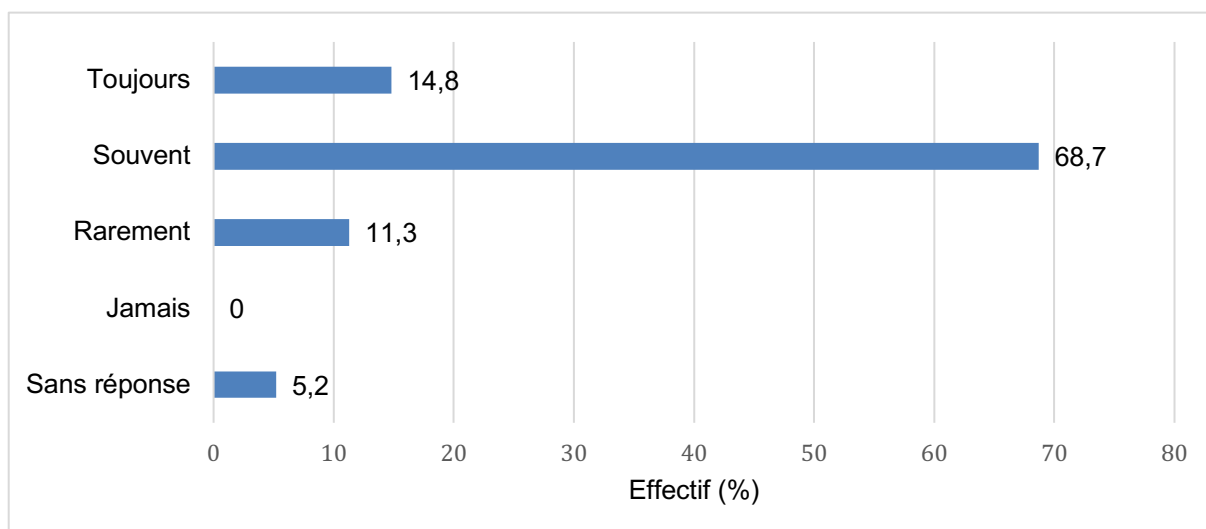


Figure 5 : Fréquence d'abord de l'AP en prévention primaire

La majorité des MG abordait « souvent » (n=79 ; 68,7%) l'AP en prévention primaire.

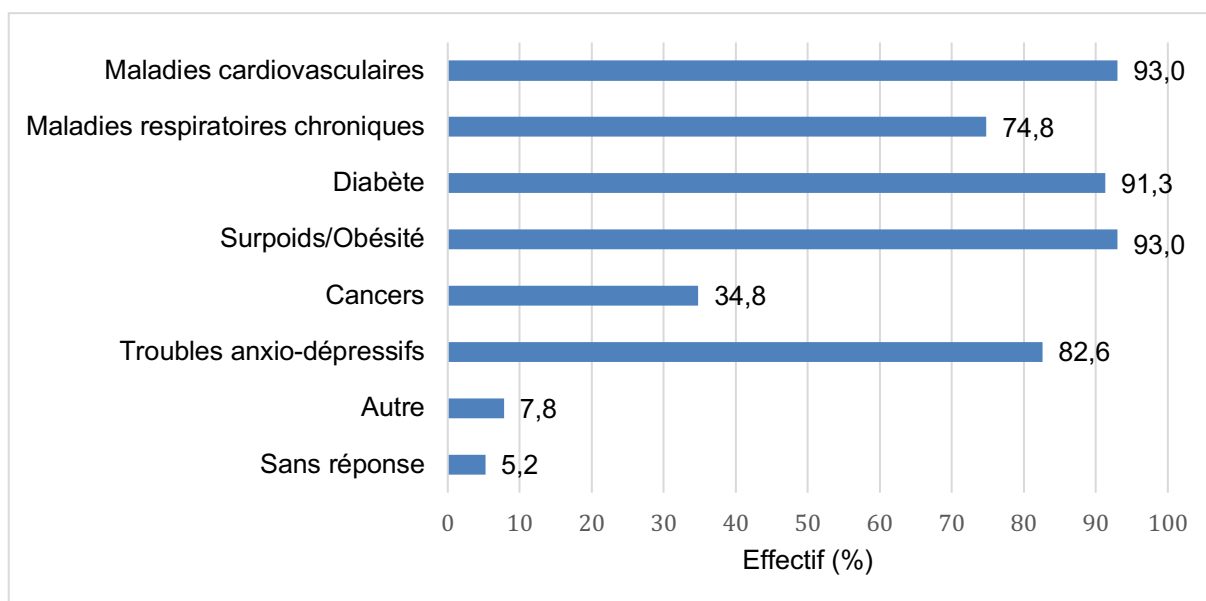


Figure 6 : Abord de l'AP comme moyen de prévention secondaire

109 MG (93,0%) abordaient l'AP comme moyen de prévention secondaire chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires ou de surpoids/obésité, 105 MG (91,3%) chez les patients atteints de diabète. 95 MG (82,6%) abordaient l'AP comme moyen de prévention secondaire chez les patients atteints de troubles anxio-dépressifs, 86 (74,8%) chez les patients atteints de maladies respiratoires chroniques et 40 (34,8%) chez les patients atteints de cancer.

Parmi les autres réponses, 1 MG évoquait l'AP comme moyen de prévention secondaire pour toutes les pathologies, 2 MG l'évoquaient dans le cadre de l'arthrose, 1 MG l'évoquait en prévention des chutes et de la démence, 1 MG l'évoquait dans les troubles neurologiques, 1 MG l'évoquait dans l'insuffisance rénale, 1 MG l'évoquait dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), 1 MG l'évoquait dans les pathologies rhumatismales inflammatoires et 1 MG l'évoquait dans la migraine.

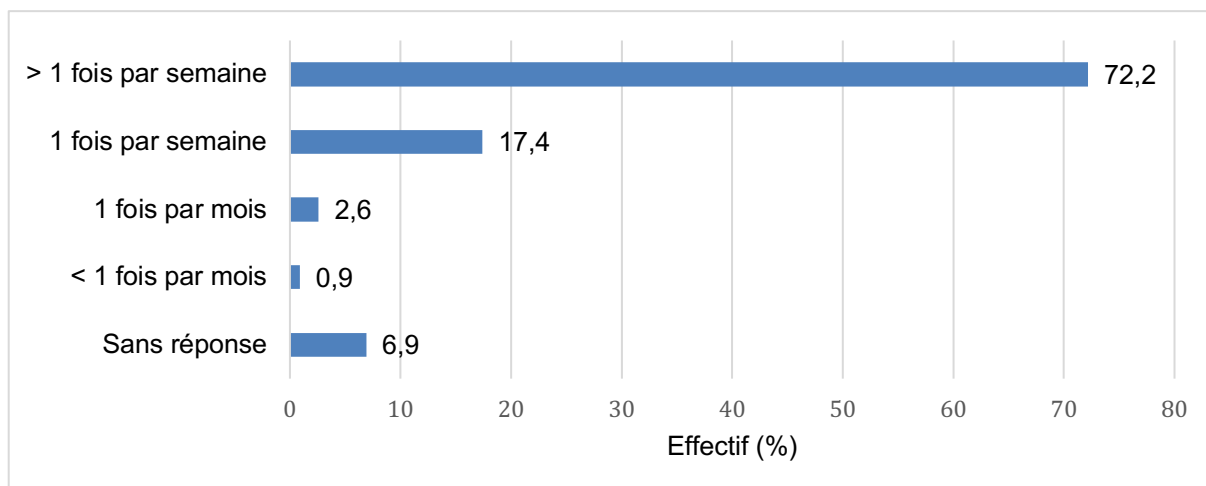


Figure 7 : Fréquence de conseil d'une APS

La majorité des MG conseillaient une APS plus d'une fois par semaine (n=83 ; 72,2%).

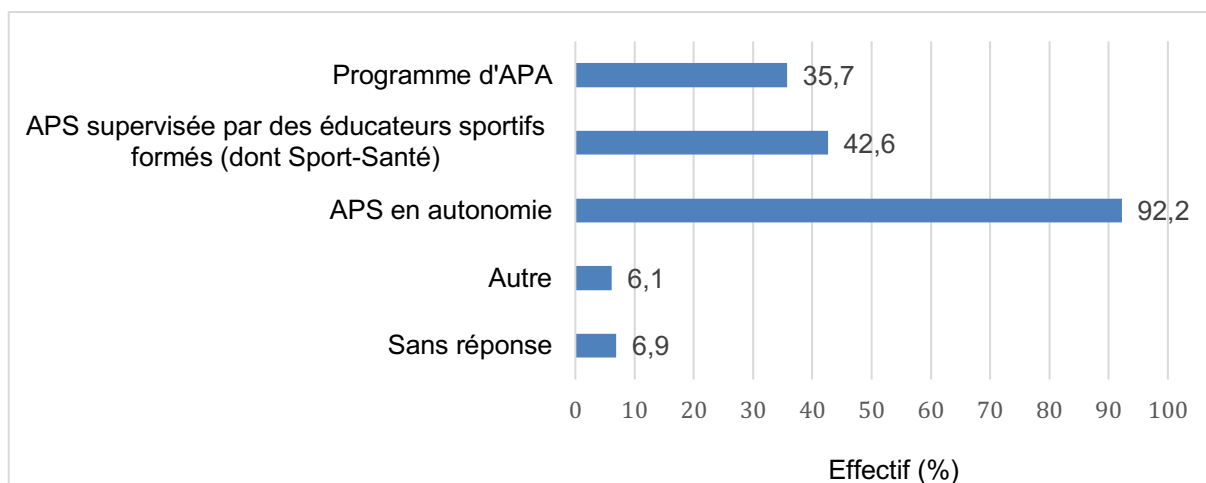


Figure 8 : Types d'AP conseillés

Parmi les MG, 106 (92,2%) conseillaient des APS en autonomie, 49 (42,6%) des APS supervisées par des éducateurs sportifs formés et 41 (35,7%) des programmes d'APA.

Parmi les autres réponses, 2 MG conseillaient l'AP avec un kinésithérapeute et 1 MG conseillaient l'AP avec l'aide d'internet.

3 Influence de la connaissance des recommandations de l'OMS en matière d'AP sur sa promotion chez l'adulte

Tableau 2 : Promotion de l'AP en fonction de la connaissance des recommandations de l'OMS

Facteurs étudiés	Connaissance des recommandations de l'OMS en matière d'AP (N=109)			p-value
	Non n (%)	Oui n (%)	Une recommandation sur deux n (%)	
Abord AP en prévention primaire				0,07 ²
Rarement	10 (15,2)	1 (5,3)	1 (4,5)	
Souvent	48 (72,7)	11 (57,9)	19 (86,4)	
Toujours	8 (12,1)	7 (36,8)	2 (9,1)	
Abord AP en prévention secondaire				
Maladies cardiovasculaires				0,15 ²
Non	0 (0,0)	1 (5,3)	1 (4,5)	
Oui	66 (100,0)	18 (94,7)	21 (95,5)	
Maladies respiratoires chroniques				0,02 ²
Non	18 (27,3)	0 (0,0)	5 (22,7)	
Oui	48 (72,7)	19 (100,0)	17 (77,3)	
Diabète				0,19 ²
Non	1 (1,5)	0 (0,0)	2 (9,1)	
Oui	65 (98,5)	19 (100,0)	20 (90,9)	
Surpoids/obésité				0,62 ²
Non	1 (1,5)	0 (0,0)	1 (4,5)	
Oui	65 (98,5)	19 (100,0)	21 (95,5)	
Cancers				0,03 ¹
Non	42 (63,6)	8 (42,1)	18 (81,8)	
Oui	24 (36,4)	11 (57,9)	4 (18,2)	
Troubles anxio-dépressifs				0,33 ²
Non	7 (10,6)	2 (10,5)	5 (22,7)	
Oui	59 (89,4)	17 (89,5)	17 (77,3)	
Fréquence de conseil d'AP				0,98 ²
< 1 fois par mois	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
1 fois par mois	3 (4,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
1 fois par semaine	12 (18,8)	4 (21,1)	4 (18,2)	
>1 fois par semaine	48 (75,0)	15 (78,9)	18 (81,8)	
Type d'AP conseillé				
Programme d'APA				0,01 ¹
Non	46 (71,9)	7 (36,8)	11 (50,0)	
Oui	18 (28,1)	12 (63,2)	11 (50,0)	
Éducateurs sportifs				0,84 ¹
Non	38 (59,4)	10 (52,6)	12 (54,5)	
Oui	26 (40,6)	9 (47,4)	10 (45,5)	
En autonomie				1,00 ²
Non	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Oui	63 (98,4)	19 (100,0)	22 (100,0)	

¹test du Chi2 ²Test de Fisher

En prévention primaire, il n'est pas mis en évidence de différence significative de fréquence d'abord de l'AP selon la connaissance des recommandations de l'OMS ($p=0,07$).

En prévention secondaire, il existait une différence significative entre les groupes concernant l'abord de l'AP comme moyen de prévention dans le cadre des maladies respiratoires chroniques ($p=0,02$) et des cancers ($p=0,03$). En revanche, il n'est pas mis en évidence de différence concernant les maladies cardiovasculaires ($p=0,15$), le diabète ($p=0,19$), le surpoids et l'obésité ($p=0,62$) et les troubles anxio-dépressifs ($p=0,33$).

Concernant la fréquence de conseil de l'AP, il n'est pas mis en évidence de différence significative selon la connaissance des recommandations de l'OMS ($p=0,98$).

Concernant le conseil de programme d'APA, il existait une différence statistiquement significative entre les MG ayant eu connaissance des recommandations et ceux n'en ayant pas eu connaissance ($p=0,01$). Il n'existait pas de différence entre les groupes concernant le conseil d'APS supervisées par des éducateurs formés ($p=0,84$) ou en autonomie ($p=1,00$).

A noter que pour la connaissance d'une recommandation de l'OMS sur deux, les tendances se rapprochaient de la connaissance d'aucune recommandation.

4 Influence de la pratique personnelle d'AP sur sa promotion par le MG

Tableau 3 : Promotion de l'AP en fonction de la pratique personnelle d'AP

Facteurs étudiés	Niveau d'activité physique (questionnaire de Marshall) (N=110)		p-value
	« Insuffisamment » actif	« Suffisamment » actif	
Abord AP en prévention primaire			0,26 ¹
Rarement	4 (7,1)	9 (17,0)	
Souvent	42 (75,0)	37 (69,8)	
Toujours	10 (17,9)	7 (13,2)	
Abord AP en prévention secondaire			
Maladies cardiovasculaires			0,50 ²
Non	2 (3,6)	0 (0,0)	
Oui	54 (96,4)	53 (100,0)	
Maladies respiratoires chroniques			0,58 ¹
Non	13 (23,2)	10 (18,9)	
Oui	43 (76,8)	43 (81,1)	
Diabète			0,35 ²
Non	1 (1,8)	3 (5,7)	
Oui	55 (98,2)	50 (94,3)	
Surpoids/obésité			0,23 ²
Non	0 (0,0)	2 (3,8)	
Oui	56 (100,0)	51 (96,2)	
Cancers			0,31 ¹
Non	38 (67,9)	31 (58,5)	
Oui	18 (32,1)	22 (41,5)	
Troubles anxio-dépressifs			0,21 ¹
Non	5 (8,9)	9 (17,0)	
Oui	51 (91,1)	44 (83,0)	
Fréquence de conseil d'AP			0,35 ²
< 1 fois par mois	0 (0,0)	1 (2,0)	
1 fois par mois	1 (1,8)	2 (3,9)	
1 fois par semaine	8 (14,3)	12 (23,5)	
>1 fois par semaine	47 (83,9)	36 (70,6)	
Type d'AP conseillé			
Programme d'APA			0,07 ¹
Non	30 (53,6)	36 (70,6)	
Oui	26 (46,4)	15 (29,4)	
Éducateurs sportifs			0,45 ¹
Non	30 (53,6)	31 (60,8)	
Oui	26 (46,4)	20 (39,2)	
En autonomie			0,48 ²
Non	0 (0,0)	1 (2,0)	
Oui	56 (100,0)	50 (98,0)	

¹test du Chi2 ²Test de Fisher

Il n'existait pas de différence significative concernant l'abord de l'AP en prévention primaire, l'abord de l'AP en prévention secondaire, la fréquence de conseil d'AP et le type d'AP conseillé selon le niveau personnel d'AP.

5 Facteurs limitant le conseil d'une APS

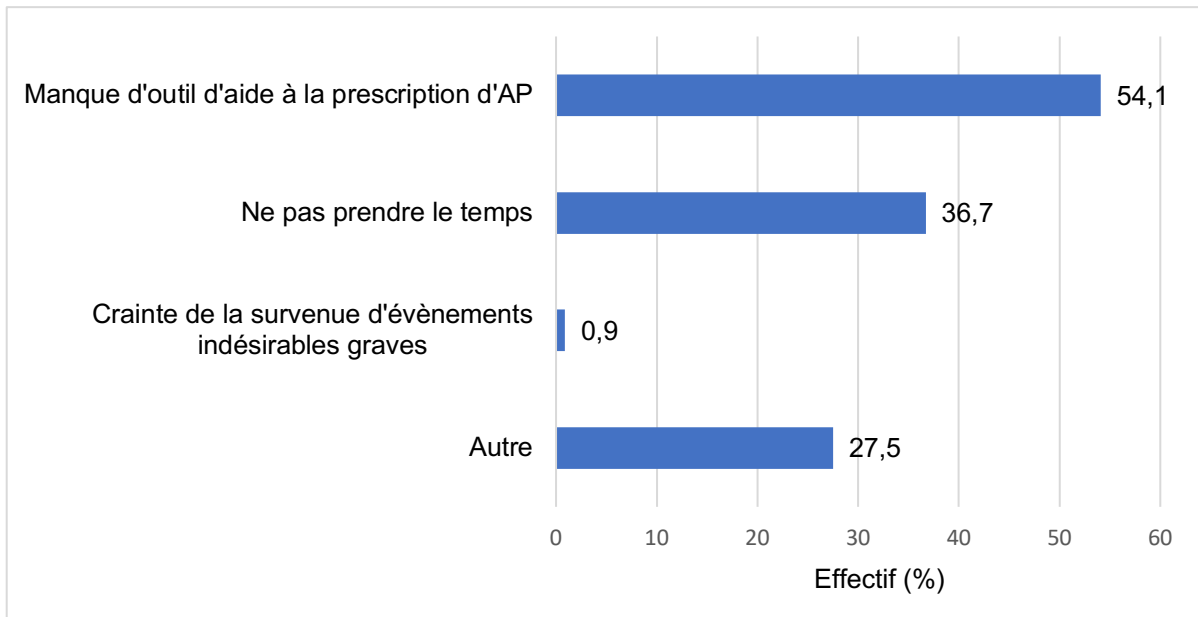


Figure 9 : Facteurs limitant le conseil d'une APS

59 MG (54,1%) ont dit manquer d'outil d'aide à la prescription d'AP, 40 MG interrogés (36,7%) ont rapporté ne pas prendre le temps de conseiller une APS, 1 MG (0,9%) a dit craindre la survenue d'évènements indésirables graves.

Parmi les autres réponses, 14 MG (12,8%) ont rapporté n'avoir aucun facteur limitant le conseil d'une APS, 8 MG (7,3%) ont rapporté le manque de motivation du patient comme frein au conseil d'une APS, 2 MG (1,8%) le coût pour le patient, 1 MG (0,9%) le manque d'associations en milieu rural et 1 MG (0,9%) les limitations articulaires du patient.

Discussion

1 Principaux résultats

1.1 Connaissance des recommandations de l’OMS et promotion de l’AP dans le cadre des maladies respiratoires chroniques et des cancers

Il existe une différence statistiquement significative dans l’abord de l’AP comme moyen de prévention secondaire chez les patients atteints de maladies respiratoires chroniques selon la connaissance des recommandations de l’OMS.

Dans notre étude, en prévention secondaire, l’AP est moins évoquée dans le cadre des maladies respiratoires chroniques (74,8%) par rapport aux maladies cardiovasculaires, au diabète, au surpoids et à l’obésité et aux troubles anxio-dépressifs.

De la même manière, une étude menée en Bretagne montre que 56,1% des MG recommandent la pratique d’une AP régulière chez les patients atteints de BPCO et 61,2% chez les patients asthmatiques (24).

Par ailleurs, les patients atteints de BPCO ont une AP insuffisante par rapport aux sujets sains d’âge équivalent (25). Concernant les patients asthmatiques, ceux-ci ont également un niveau d’AP moins important par rapport à la population générale (11).

Notre étude montre également une différence statistiquement significative dans l’évocation de l’AP comme moyen de prévention secondaire chez les patients atteints de cancers selon la connaissance des recommandations de l’OMS.

Notre étude montre une évocation nettement moins importante de l’AP comme moyen de prévention secondaire chez les patients atteints de cancers (34,8%) par rapport

aux autres maladies chroniques étudiées. Le conseil en AP est également faiblement utilisé dans le cadre des cancers dans l'étude bretonne (26,7%) (24).

De plus, selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 50 à 75% des patients après un diagnostic de cancer ne suivent pas les recommandations en termes d'AP (5).

Le rôle du MG est essentiel dans la promotion de l'AP auprès de ses patients. Une meilleure connaissance des recommandations pourrait permettre de favoriser le conseil d'une AP aux patients atteints de maladies respiratoires chroniques et de cancers.

Dans notre étude, 34,9% des MG interrogés rapportent avoir eu connaissance des recommandations de l'OMS concernant la durée hebdomadaire de pratique d'AP aérobique et 20,2% celles concernant la pratique de renforcement musculaire.

Une étude réalisée auprès de MG du Pas-de-Calais rapporte que près de 60% déclarent connaître les recommandations internationales en matière d'AP, dont 57% « à peu près » (26). En Ile-de-France, une étude montre que 34% des MG connaissaient les recommandations hebdomadaires d'AP en endurance d'intensité modérée, 16% connaissaient les recommandations hebdomadaires d'AP en endurance d'intensité soutenue et 32% connaissaient les recommandations hebdomadaires de pratique de renforcement musculaire (27). L'étude bretonne rapporte que 13,6% des MG ont connaissance des recommandations de durée hebdomadaire de pratique d'AP aérobique (24).

Une autre étude récente menée auprès de MG picards suggère que le manque de connaissance scientifique sur les bienfaits de l'AP est l'un des principaux freins à sa promotion (28).

Alors que les MG rapportent majoritairement ne pas avoir eu connaissance des recommandations en matière d'AP, ils conseillent fréquemment une APS à leurs patients. En effet 72,2% des MG de notre étude conseillent une APS plus d'une fois par semaine. En prévention primaire, 68,7% des MG l'abordent souvent et 14,8% l'abordent toujours. De plus, une large majorité de MG évoquent l'AP comme moyen de prévention secondaire dans le cadre des maladies cardiovasculaires, du diabète, du surpoids/l'obésité et des troubles anxio-dépressifs.

1.2 Connaissance des recommandations de l'OMS et conseil de programmes d'APA

Il existe une différence statistiquement sur le conseil de programmes d'APA selon la connaissance des recommandations de l'OMS.

Notre étude montre que le conseil de programme d'APA est moins délivré (35,7%) que le conseil d'APS en autonomie ou supervisées par des éducateurs sportifs.

Le conseil oral est la méthode privilégiée par les MG pour inciter leurs patients à la pratique d'une AP régulière. L'étude bretonne indique que 99% des MG recommandent oralement l'AP et que 11% prescrivent l'AP sur ordonnance (24).

Une étude danoise suggère également qu'une ordonnance écrite a deux fois plus de chances d'être convertie en actes qu'un conseil oral (29). De la même manière, la HAS préconise la prescription d'AP sur ordonnance s'appuyant sur le fait que l'adhésion à l'AP sur ordonnance est similaire à l'adhésion à d'autres traitements pour les maladies chroniques (30).

1.3 Facteurs limitant le conseil d'une APS

Le manque d'outils d'aide à la prescription d'AP est l'obstacle principal évoqué par les MG interrogés (54,1%).

Le guide « Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte » de la HAS a pour objectif de formaliser des recommandations sur les modalités de prescription de l'AP (23). Notre étude montre que 28,8% des MG interrogés disent avoir eu connaissance de celui-ci.

Des outils d'aide à la prescription d'APS sont également disponibles sur internet comme le Médicosport-Santé® ou le site APAcllic® (31,32). L'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France recense l'offre d'APA de la région et a élaboré un modèle de prescription d'APA standardisé à destination des médecins traitants (33).

Les MG sont majoritairement en faveur de la prescription d'AP mais jugent qu'une formation complémentaire adaptée est nécessaire (34). Une étude lilloise montre que 64% des MG se jugent aptes à prescrire de l'APA après avoir suivi une formation (35). De plus, la HAS alerte sur le manque de formation initiale des médecins concernant les thérapeutiques non médicamenteuses dont l'AP (36).

Les MG rapportent également ne pas prendre le temps de conseiller une APS (36,7%). Le manque de temps est un frein fréquemment évoqué dans la littérature malgré le fait que les MG soient persuadés des bénéfices de l'AP et enclins à la conseiller (26,28,37).

Le manque de motivation du patient est le troisième facteur limitant rapporté par les MG participants (7,3%). Une enquête révèle que 13% des MG disent ne pas prescrire d'AP du fait de la réticence des patients (38). Par le conseil bref oral, le nombre de

patients à traiter pour qu'une personne puisse atteindre les recommandations de pratique d'AP aérobique est de 12 alors qu'il est de 50 à 120 pour convaincre un fumeur de l'arrêt du tabac (19,39).

A noter que dans notre étude, 12,8% des MG affirment n'avoir aucun facteur limitant le conseil d'une APS.

Parmi les autres facteurs limitants, le coût pour le patient, la crainte de la survenue d'évènements indésirables et le manque de lisibilité sur l'offre du territoire sont moins évoqués par les MG participants à notre étude. Une étude récente auprès des MG libéraux des Hauts-de-France mentionne également le manque de structures d'orientation et d'intervenants ainsi que la charge administrative comme freins à la promotion de l'AP (40).

2 Forces et limites de l'étude

L'échantillon était composé de 47,8% de femmes et de 52,2% d'hommes. A l'échelle nationale, les médecins généralistes sont représentés par 51% de femmes et de 49% d'hommes (41). L'échantillon était donc représentatif sur le sexe de la population des MG français en activité.

En revanche, le mode de recueil de l'âge par tranches ne permet pas d'effectuer de comparaison par rapport à l'âge moyen de la population d'étude.

Concernant la zone d'exercice, 58,3% des MG interrogés exerçaient en zone urbaine et 41,7% en zone rurale. En 2022, 25% des MG exerçaient dans des bassins de vie ruraux (42).

Concernant le mode d'exercice, 47,8% des MG exerçaient en groupe pluriprofessionnel, 32,2% en groupe monodisciplinaire et 20% seuls. Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 40% des MG exercent en groupe pluriprofessionnel, 29% en groupe monodisciplinaire et 31% seuls (43).

Les MSU représentaient 43,5% des MG de notre échantillon. En 2023, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) recensait 12 790 MSU en France, soit 12,8% des MG en activité (41,44).

En conséquence, nous ne pouvons affirmer que l'échantillon est représentatif de l'ensemble de la population nationale des MG en activité.

Le tirage au sort prospectif des participants avait pour but de limiter le biais de sélection. Cependant, les MG exerçant une activité salariée exclusive ont été exclus de l'étude car aucune base de données ne recensait l'ensemble de ces praticiens. Les MG remplaçants ont également été exclus en raison de l'absence de coordonnées téléphoniques ou de courriels référencés et disponibles.

La réponse volontaire au questionnaire entraînait un biais de non-réponse. La part importante de MSU composant l'échantillon souligne l'existence de ce biais.

De manière générale, l'élaboration d'un questionnaire induit un biais lié à l'investigateur dépendant de la manière dont les questions sont formulées.

La méthode de recueil de la connaissance des recommandations pouvait être à l'origine d'un biais de mémorisation. Ce choix était guidé par notre souhait de ne pas procéder à une évaluation des connaissances des recommandations afin de limiter la frustration du répondant et l'effet Hawthorne. Cependant, ce biais semble limité car

des niveaux similaires de connaissance des recommandations en matière d'AP sont retrouvés dans les études précédentes (27).

La recommandation de pratique d'AP variées à plusieurs composantes mettant l'accent sur l'équilibre fonctionnel et des exercices de force n'était pas étudiée, étant uniquement destinée aux adultes de plus de 64 ans.

Le recueil de l'abord de l'AP en prévention primaire et secondaire et de sa fréquence pouvaient être à l'origine d'un biais de désirabilité sociale. Néanmoins, ce biais semble limité car des données similaires à celles de notre étude sont rencontrées dans la littérature (24).

Notre étude ne montrait pas de différence significative concernant la promotion de l'AP selon le niveau personnel d'AP du MG.

Le questionnaire de Marshall destiné aux médecins en cabinet permet un repérage précoce des personnes ayant ou non un niveau d'AP au niveau des recommandations (45). Il entraînait un biais de désirabilité sociale inhérent à tout questionnaire de ce type. Néanmoins ce biais semble limité dans notre étude car les participants semblent moins actifs en comparaison avec les données de la littérature (46).

Cela peut notamment s'expliquer par le fait qu'à la suite de la pandémie de Covid-19, plus de la moitié des Français déclaraient avoir réduit ou arrêté une ou plusieurs APS (18). D'autres études ont mis en évidence un lien entre le niveau d'AP du médecin et le conseil en AP donné au patient (47,48).

3 Perspectives

Notre étude ne montrait pas d'influence des connaissances des recommandations sur l'abord de l'AP en prévention primaire et en prévention secondaire dans certaines maladies. Une étude prospective plus large incluant l'étude d'autres maladies pourrait permettre de mettre ce lien en évidence. Une analyse approfondie des connaissances du MG relatives à l'AP serait également pertinente pour montrer une influence sur sa promotion.

Une amélioration des connaissances des MG en matière d'activité physique et de ses bénéfices pour la santé pourrait résulter d'une intégration plus étroite de la prévention par l'AP dans leur formation initiale et continue. Par ailleurs, une étude similaire auprès des jeunes médecins généralistes pourrait contribuer à évaluer l'influence des connaissances en matière d'AP sur la prévention par l'AP en cours ou à l'issue de leur formation initiale.

Les outils d'aide à la prescription d'AP actuellement à la disposition des MG semblent mal connus ou complexes pour être utilisés de manière efficace dans la pratique médicale. Le développement d'outils simples d'utilisation pourrait représenter une solution pour faciliter la promotion de l'AP et de ses bénéfices sur la santé auprès des patients.

Conclusion

Cette étude met en évidence le lien entre la connaissance des recommandations en matière d'AP du MG et la promotion de l'AP chez les patients atteints de maladies respiratoires chroniques ou de cancers. L'AP est moins abordée chez les patients atteints de ces maladies, dont le niveau d'AP est inférieur aux recommandations.

Par ailleurs, il existe un lien entre la connaissance des recommandations en matière d'AP et le conseil de programmes d'APA destinés aux patients atteints de maladies chroniques, présentant des facteurs de risque ou en perte d'autonomie.

Cependant, environ deux tiers des MG n'ont pas eu connaissance des recommandations de pratique d'AP aérobique et environ trois quarts n'ont pas eu connaissance des recommandations de pratique de renforcement musculaire.

Le MG joue un rôle essentiel de prévention par l'AP. Par conséquent, améliorer la connaissance des recommandations pourrait contribuer à améliorer la santé de ces patients.

Néanmoins le principal obstacle à la prescription d'AP est le manque d'outil d'aide à la prescription. Ainsi le développement d'outils et de formations est souhaitable pour renforcer la promotion et la prescription de l'AP par les MG.

Une étude approfondie des connaissances du MG concernant l'AP et ses bénéfices sur la santé sont nécessaires pour étudier les moyens de promotion de l'AP utilisées par ces MG. Il serait également intéressant d'étudier l'influence des connaissances du MG concernant l'AP sur le niveau d'AP de ses patients.

Liste des tables

Tableau 1 : Profil de l'échantillon (N = 115).....	20
Tableau 2 : Promotion de l'AP en fonction de la connaissance des recommandations de l'OMS	25
Tableau 3 : Promotion de l'AP en fonction de la pratique personnelle d'AP.....	27

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux.....	19
Figure 2 : Connaissance de la recommandation de l’OMS concernant la durée hebdomadaire de pratique d’AP aérobique chez l’adulte	21
Figure 3 : Connaissance de la recommandation de l’OMS concernant la pratique de renforcement musculaire chez l’adulte	21
Figure 4 : Connaissance du guide « Consultation et prescription médicale d’activité physique à des fins de santé chez l’adulte » de la HAS	22
Figure 5 : Fréquence d’abord de l’AP en prévention primaire	22
Figure 6 : Abord de l’AP comme moyen de prévention secondaire.....	23
Figure 7 : Fréquence de conseil d’une APS	24
Figure 8 : Types d’AP conseillés.....	24
Figure 9 : Facteurs limitant le conseil d’une APS	28

Références

1. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985;100(2):126-31.
2. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. [cité 27 juin 2023]. Activité physique. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
3. Anses [Internet]. [cité 3 juill 2023]. AVIS de l'Anses relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des adultes de 18 à 64 ans, hors femmes enceintes et ménopausées. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/avis-de-l-anses-relatif-%C3%A0-l%E2%80%99%C3%A9valuation-des-risques-li%C3%A9s-aux-niveaux-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-0>
4. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet Lond Engl.* 2012;380(9838):219-29.
5. Inserm. Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques [Internet]. Synthèse et recommandations. Éditions EDP Sciences; 2019 [cité 28 juin 2023]. (Expertise collective). Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/9689>
6. Warburton DE, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SS. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7:39.
7. Wahid A, Manek N, Nichols M, Kelly P, Foster C, Webster P, et al. Quantifying the Association Between Physical Activity and Cardiovascular Disease and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc.* 2016;5(9):e002495.
8. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report [Internet]. Washington, DC: U.S.: Department of Health and Human Services; 2018 [cité 26 juin 2023]. Disponible sur: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf
9. INCa. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques [Internet]. États des lieux et des connaissances; 2017. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Benefices-de-l-activite-physique-pendant-et-apres-cancer-Des-connaissances-aux-reperes-pratiques>
10. Gimeno-Santos E, Frei A, Steurer-Stey C, de Batlle J, Rabinovich RA, Raste Y, et al. Determinants and outcomes of physical activity in patients with COPD: a systematic review. *Thorax.* 2014;69(8):731-9.

11. Cordova-Rivera L, Gibson PG, Gardiner PA, McDonald VM. A Systematic Review of Associations of Physical Activity and Sedentary Time with Asthma Outcomes. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2018;6(6):1968-1981.e2.
12. Jochem C, Leitzmann M, Volaklis K, Aune D, Strasser B. Association Between Muscular Strength and Mortality in Clinical Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2019;20(10):1213-23.
13. OCDE/OMS. Step Up! Tackling the Burden of Insufficient Physical Activity in Europe [Internet]. Paris: Éditions OCDE; 2023 [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/step-up-tackling-the-burden-of-insufficient-physical-activity-in-europe_500a9601-en
14. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'œil [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 [cité 3 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240014886>
15. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Programme National Nutrition Santé 2019-2023. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>
16. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère des Sports. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>
17. Anses [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Manque d'activité physique et excès de sédentarité : une priorité de santé publique. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/manque-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-exc%C3%A8s-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-une-priorit%C3%A9-de-sant%C3%A9-publique>
18. Müller J, CRÉDOC. Baromètre national des pratiques sportives 2022 [Internet]. INJEP; 2023 mars [cité 27 juin 2023]. Report No.: 2023/02. Disponible sur: <https://injep.fr/publication/barometre-national-des-pratiques-sportives-2022/>
19. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2012;344:e1389.
20. Professional Associations for Physical Activity (Sweden). Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease [Internet]. Swedish National Institute of Public Health; 2010. Disponible sur: http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/fyss_2010_english.pdf
21. Thornton J, Nagpal T, Reilly K, Stewart M, Petrella R. The 'miracle cure': how do primary care physicians prescribe physical activity with the aim of improving clinical outcomes of chronic disease? A scoping review. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2022;8(3):e001373.
22. Article 2 - LOI n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France (1) [Internet]. JORF n°0052 mars 3, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287568>

23. Haute Autorité de Santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf
24. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *Sci Sports*. 2015;30(2):66-73.
25. Troosters T, Sciurba F, Battaglia S, Langer D, Valluri SR, Martino L, et al. Physical inactivity in patients with COPD, a controlled multi-center pilot-study. *Respir Med*. 2010;104(7):1005-11.
26. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin [Thèse méd]. Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2014.
27. Malet VM. Connaissances des médecins généralistes concernant les recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé, les répercussions sur leur propre activité physique et sur celle de leurs patients [Thèse med]. Paris Descartes, Faculté de Médecine Paris Descartes; 2016.
28. Krim F, Perwez T, Gignon M, Bréchat PH, Leprêtre PM. Prescription de l'activité physique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes Picards. *Sci Sports*. 2022;37(1):37-44.
29. Jørgensen TK, Nordentoft M, Krogh J. How do general practitioners in Denmark promote physical activity? *Scand J Prim Health Care*. 2012;30(3):141-6.
30. Kallings LV, Leijon ME, Kowalski J, Hellénus ML, Ståhle A. Self-reported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. *J Phys Act Health*. 2009;6(4):483-92.
31. APAclis [Internet]. [cité 30 juin 2023]. Disponible sur: <https://apaclic.fr/about>
32. VIDAL [Internet]. [cité 30 juin 2023]. Aide à la prise en charge médicale des activités physiques et sportives - MÉDICOSPORT-SANTÉ. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/sport/infos-sport-medicosport-sante/>
33. Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France. Quel Sport Docteur. 2019 [cité 23 déc 2023]. Kit « Quel sport docteur ». Disponible sur: <https://www.quel-sport-docteur.fr/medecin/>
34. Richards J, Hillsdon M, Thorogood M, Foster C. Face-to-face interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(9):CD010392.
35. Rucar B. Sport santé sur ordonnance : analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en ALD chez des médecins généralistes ayant réalisés une formation à cette prescription [Thèse med]. Université de Lille, Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2018.
36. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees

37. Génolini JP, Roca R, Rolland C, Membrado M. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sci Soc Santé*. 2011;29(3):81-122.
38. Institut National du Cancer. Étude quantitative de BVA pour l'INCa auprès de 902 professionnels de santé en soins primaires de moins de 55 ans, hors personnel hospitalier, dont 200 médecins généralistes : questionnaires administrés en ligne selon un échantillon représentatif d'après les statistiques de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) 2018, entre novembre 2020 et janvier 2021. [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Activite-physique/Activite-physique-et-traitement-des-cancers>
39. Stevens Z, Barlow C, Kendrick D, Masud T, Skelton DA, Dinan-Young S, et al. Effectiveness of general practice-based physical activity promotion for older adults: systematic review. *Prim Health Care Res Dev*. 2014;15(2):190-201.
40. Crépin A. La pratique de l'activité physique à but de santé en population générale : freins, leviers, et attentes des médecins généralistes des Hauts-de-France [Thèse med]. Université de Lille, Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2023.
41. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. dataviz.Drees Etudes et statistiques. [cité 23 nov 2023]. Démographie des professionnels de santé. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
42. Association des Maires Ruraux de France [Internet]. 2022 [cité 24 nov 2023]. Les chiffres exclusifs du manque de médecins. Disponible sur: <https://www.amrf.fr/2022/10/01/les-chiffres-exclusifs-du-manque-de-medecins/>
43. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 3 janv 2024]. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
44. Collège National des Généralistes Enseignants - Collège Académique [Internet]. [cité 24 nov 2023]. Maîtres de stage des universités : un effectif en hausse grâce au travail des collèges d'enseignants et des départements de médecine générale. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_maitres_de_stages_des_universites_un_effec/
45. Laure P. Repérage précoce et intervention brève auprès des personnes insuffisamment actives. *Sci Sports*. 2010;25(1):17-22.
46. Morel A. Pratique sportive des médecins généralistes en France [Thèse med]. Université de Lille 2 Droit et santé, Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2019.
47. 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 med]. Université de Montpellier, Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes; 2022.

48. Cathelain, J-B. Influence de l'activité physique du médecin généraliste sur sa pratique concernant l'abord de l'activité physique en consultation [Thèse med]. Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2014.

Annexe 1

Recommandations de l'OMS concernant la pratique d'AP aérobique et de renforcement musculaire chez l'adulte âgés de 18 à 64 ans

ADULTES (âgés de 18 à 64 ans)

Chez les adultes, l'activité physique apporte des bénéfices au regard des résultats sanitaires suivants : amélioration de la mortalité toutes causes confondues, de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires, de l'hypertension incidente, de certains cancers incidents,² du diabète de type 2 incident, de la santé mentale (symptômes d'anxiété et de dépression réduits) ; de la santé cognitive et du sommeil ; les mesures de l'adiposité peuvent également s'améliorer.

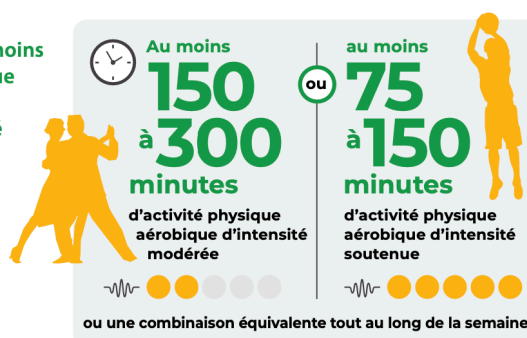
Il est recommandé ce qui suit :

- **Tous les adultes devraient pratiquer une activité physique régulière.**

Recommandation forte, preuves de certitude modérée

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

Recommandation forte, preuves de certitude modérée



Pour retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé :

Au moins

2 fois par semaine des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires.



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

Recommandation forte, preuves de certitude modérée



² Cancers de la vessie, du sein, du colon, de l'endomètre, adénocarcinome de l'œsophage, cancer de l'estomac et du rein.



Annexe 2

Courriel descriptif de l'étude et questionnaire

Bonjour, je suis Wilfried Verriez, interne de médecine générale à l'Université de Lille. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la promotion de l'activité physique par le médecin généraliste.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'influence des connaissances des recommandations en matière d'activité physique du médecin généraliste sur la promotion de l'activité physique chez l'adulte.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste installé en activité.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement !

Ce questionnaire contient des champs d'expression libre, afin de préserver le caractère confidentiel et anonyme de la recherche, je vous prie d'être particulièrement vigilant, et de ne pas communiquer de données directement identifiantes lors de vos réponses.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse. Il y a 19 questions dans ce questionnaire.

Caractéristiques personnelles

Quel est votre genre ? *

🗳️ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin
- Autre

Quel est votre âge ? *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 30 ans
- 30-39 ans
- 40-49 ans
- 50-59 ans
- 60-69 ans
- > 69 ans

Quel est votre mode d'exercice ? *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Libéral
- Mixte

Vous exercez dans une zone : *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Urbaine
- Rurale

Vous exercez : *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Seul
- En groupe monodisciplinaire
- En groupe pluriprofessionnel

Êtes-vous maître de stage universitaire (MSU) ? *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Avez-vous suivi une formation de médecine du sport ? *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Si oui, laquelle ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Connaissance des recommandations en matière d'activité physique (AP)

Avez-vous eu connaissance des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) concernant la durée hebdomadaire recommandée de pratique d'AP aérobique chez l'adulte ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non
 Ne se prononce pas

Avez-vous eu connaissance des recommandations de l'OMS concernant la pratique de renforcement musculaire chez l'adulte ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Avez-vous eu connaissance du guide "Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte" élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2022 ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Pratique personnelle d'activité physique (AP)

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

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Au moins 3 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

(Par exemple : jogging, port de charges lourdes, aérobic ou cyclisme à allure rapide)

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

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Au moins 5 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

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

Abord de l'activité physique (AP) en consultation

En prévention primaire, à quelle fréquence abordez-vous l'activité physique avec vos patients ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

En prévention secondaire, dans quelle(s) situation(s) évoquez-vous l'activité physique comme moyen de prévention avec vos patients ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Maladies cardiovasculaires
- Maladies respiratoires chroniques
- Diabète
- Surpoids/Obésité
- Cancers
- Troubles anxio-dépressifs

Autre:

(plusieurs réponses possibles)

Avez-vous déjà conseillé une activité physique ou sportive à un patient ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

A quelle fréquence conseillez-vous une activité physique ou sportive ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 1 fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- > 1 fois par semaine

Dans quel(s) cadre(s) conseillez-vous l'activité physique ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Programme d'activité physique adaptée (APA)
- Activité physique ou sportive supervisée par des éducateurs sportifs formés (dont Sport-Santé)
- Activité physique ou sportive en autonomie
- Autre:

(plusieurs réponses possibles)

Dans le cadre de votre pratique professionnelle, quels sont les facteurs limitants le conseil d'une activité physique ou sportive ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Je ne prends pas le temps
- Je crains la survenue d'évènements indésirables graves
- Je manque d'outil d'aide à la prescription de l'activité physique
- Autre:

(plusieurs réponses possibles)

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : wilfried.verriez.etu@univ-lille.fr.

Annexe 3

Questionnaire de Marshall

(A) How many times a week, do you usually do 20 minutes of vigorous physical activity that makes you sweat or puff and pant? (for example, jogging, heavy lifting, digging, aerobics, or fast bicycling)

- >3 times/week
- 1-2 times/week
- none

Score:

- 4
- 2
- 0

(B) How many times a week, do you usually do 30 minutes of moderate physical activity or walking that increases your heart rate or makes you breath harder than normal? (for example, mowing the lawn, carrying light loads, bicycling at a regular pace, or playing doubles tennis)

- > 5 times/week
- 3-4 times/week
- 1-2 times/week
- none

Score:

- 4
- 2
- 1
- 0

Total score A + score B: _____

Score ≥ 4 = "Sufficiently" active (encourage patient to KEEP IT UP)

Score 0-3 = "Insufficiently" active (encourage patient to do MORE)

Annexe 4

Récépissé d'exonération de traitement de déclaration relative au RGPD



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Influence des connaissances des recommandations en matière d'activité physique du médecin généraliste, sur la promotion de l'activité physique chez l'adulte

Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Fawaz JOOMUN
Interlocuteur (s) : M. Wilfried VERRIEZ

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille.
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Le 3 juillet 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

AUTEUR : Nom : Verriez

Prénom : Wilfried

Date de Soutenance : 15/02/2024

Titre de la Thèse : Promotion de l'activité physique chez l'adulte par le médecin généraliste : influence de la connaissance des recommandations mondiales

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES : Médecine Générale

Mots-clés : Exercice physique ; médecin généraliste ; guide de bonne pratique ; promotion de la santé ; soins de santé primaires

Résumé

Contexte : Les bénéfices de l'activité physique (AP) sur la santé sont bien documentés chez les personnes ayant ou non une maladie chronique. La Haute Autorité de Santé (HAS) souligne que l'un des freins à la prescription médicale d'AP est le manque de connaissances des médecins concernant l'AP et ses impacts sur la santé. L'objectif de cette étude est d'étudier l'influence de la connaissance des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en matière d'AP du médecin généraliste (MG) sur la promotion de celle-ci chez l'adulte.

Matériel et Méthodes : Étude observationnelle transversale descriptive, auprès des MG installés en activité du Nord et du Pas-de-Calais, au moyen d'un auto-questionnaire diffusé en ligne, entre le 31 août et le 20 octobre 2023.

Résultats : Parmi les 109 MG inclus, il existait une différence significative concernant l'abord de l'AP comme moyen de prévention chez les patients atteints de maladies respiratoires chroniques ($p=0,02$) et de cancers ($p=0,03$) selon la connaissance des recommandations de l'OMS. Concernant le type d'AP conseillé, il existait une différence statistiquement significative dans le conseil de programme d'activité physique adaptée (APA) entre les MG ayant eu connaissance des recommandations de l'OMS et ceux n'en ayant pas eu connaissance ($p=0,01$).

Conclusion : Une meilleure connaissance des recommandations du MG en matière d'AP pourrait favoriser sa promotion auprès des patients atteints de maladies respiratoires chroniques et de cancers, ainsi que la promotion de programmes d'APA. Une étude plus approfondie des connaissances du MG concernant l'AP et ses bénéfices sur la santé sont nécessaires pour étudier les moyens de promotion de l'AP utilisées par ces MG.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel Chazard

Asseseurs : Monsieur le Docteur Ludovic Willems

Directeur : Monsieur le Docteur Fawaz Joomun