



UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année 2026

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

**Etude quantitative de la promotion de l'activité physique chez les
18-25 ans par le médecin généraliste.**

Présentée et soutenue publiquement le 19 Juin 2026 à 14h
au *Pôle Recherche*
par **Capucine SASPORTES**

JURY

Président :

Madame la Professeure Florence RICHARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur David WYTS

Avertissement

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

Sigles

AM	Assurance Maladie
AP	Activité Physique
APA	Activité Physique Adaptée
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DPC	Développement Professionnel Continu
DU	Diplôme Universitaire
FMC	Formation Médicale Continue
HdF	Hauts-de-France
MG	Médecins Généralistes
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
USD	United States Dollar

Sommaire

Avertissement.....	2
Sigles.....	3
Sommaire	4
INTRODUCTION	7
1 Activité physique : définitions	7
2 Bienfaits de l'activité physique et recommandations	7
3 Un enjeu de santé publique majeur, particulièrement chez les jeunes	8
4 Les politiques publiques françaises de promotion de l'AP	9
5 Rôle du médecin dans la promotion de l'AP	10
6 Objectif de l'étude.....	12
MATERIEL ET METHODES.....	13
1 Type d'étude.....	13
2 Patients et données.....	13
3 Questionnaire	14
4 Analyse statistique.....	15
4.1 Statistiques descriptives	15
4.2 Choix des tests statistiques	15
4.3 Significativité	16
5 Cadre réglementaire.....	16
RESULTATS	17
1 Flow chart.....	17
2 Etude de la population.....	18
2.1 Caractéristiques socio démographiques.....	18
2.2 Caractéristiques socio professionnelles	19
3 Critère de jugement principal : l'évocation de l'activité physique en consultation par les médecins généralistes chez les 18-25ans	20
3.1 Utilisation du bilan de prévention de l'Assurance Maladie.....	20
3.2 Légitimité perçue et formation en médecine du sport.....	20
3.3 Sentiment d'impact sur la pratique AP des patients (Q12)	21
3.4 Fréquence avec laquelle les catégories d'intérêt sont abordées (Q14–Q23)	21

3.4.1	Catégories très fréquemment abordées en consultation (Souvent + Toujours > 70 %) :	23
3.4.2	Catégories modérément abordées (Souvent + Toujours entre 50 et 70 %)	24
3.4.3	Catégories peu abordées (Souvent + Toujours < 50 %)	24
4	Critère de jugement secondaire : relation entre niveau d'activité physique des médecins et pratiques en consultation	25
4.1	Niveau d'activité physique des médecins (score de Marshall) et association avec le profil professionnel.....	25
4.2	Association entre score de Marshall et fréquence d'abord des catégories d'intérêt	26
	DISCUSSION	29
1	Principaux résultats	29
1.1	Principaux résultats de cette étude.....	29
1.2	Mise en regard avec les résultats de la thèse d'Eva Retailleau.....	30
2	Discussion des résultats.....	31
2.1	Un abord de l'AP structuré autour du modèle biomédical préventif	31
2.2	Le faible recours au bilan de prévention.....	33
2.3	Un sentiment de légitimité général	35
2.4	Promotion de l'AP en fonction du niveau d'AP du médecin.....	36
3	Discussion de la méthode	37
3.1	Forces de l'étude	37
3.2	Taux de réponse et représentativité de l'échantillon.....	38
3.3	Absence de données sur les méthodes d'abord de l'AP en consultation.....	38
3.4	Absence de données sur l'évaluation du niveau d'AP des patients.....	39
3.5	Biais de sélection.....	39
3.5.1	Biais d'auto-sélection	39
3.5.2	Surreprésentation des maîtres de stage universitaires (MSU).....	39
3.5.3	Canaux de recrutement	40
3.6	Biais de déclaration (désirabilité sociale).....	40
3.7	Puissance statistique et faibles effectifs	40
3.8	Biais de mémoire et absence de fenêtre temporelle.....	40
3.9	Représentativité des pratiques vis-à-vis des 18–25 ans.....	41
4	Perspectives.....	41
	CONCLUSION.....	43
	Liste des tables.....	44

Liste des figures	45
Références	46
Annexe 1	50
Annexe 2	58
Annexe 3	59

INTRODUCTION

1 Activité physique : définitions

L'activité physique (AP) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une dépense énergétique. » ^[1] L'AP ne se limite pas au sport et regroupe différentes activités mettant le corps en mouvement. Les activités physiques de la vie quotidienne représentent les déplacements actifs comme marcher ou monter les escaliers, ainsi que les activités réalisées dans un contexte domestique ou professionnel. L'exercice physique est une activité planifiée avec pour objectif une amélioration ou le maintien de la condition physique. Le sport ou activité sportive est une forme d'AP où l'objectif de performance est clairement défini et pour lequel les participants adhèrent à un ensemble commun de règles.^[2]

L'AP peut donc se retrouver sous différentes formes dans le quotidien et se différencie de l'inactivité physique qui correspond à un niveau insuffisant d'AP pour atteindre les seuils minimaux recommandés. L'AP se mesure en équivalents métaboliques encore appelés MET correspondant à la valeur du niveau d'activité physique. La sédentarité est ainsi définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 MET en position assise ou allongée. Il est donc possible d'être physiquement actif et sédentaire. ^[3]

2 Bienfaits de l'activité physique et recommandations

Les bienfaits de l'activité physique sur la santé sont connus depuis l'Antiquité et sont validés par la communauté scientifique.^[2,4] Tout niveau d'activité physique est bénéfique car il n'existe pas de seuil minimal d'AP nécessaire pour avoir des bénéfices sur la santé. Il existe néanmoins une relation dose-réponse positive entre le volume de l'AP, l'état de santé et la condition physique.

L'OMS recommande la pratique chez les 18-64 ans, d'une activité physique aérobique d'intensité modérée (entre 3 et 6 MET) plus de 300 minutes par semaine ou une

activité physique aérobique d'intensité soutenue (> 6 MET) plus de 150 minutes par semaine.^[5]

3 Un enjeu de santé publique majeur, particulièrement chez les jeunes

La sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial. L'inactivité physique est l'un des principaux facteurs de risque de mortalité lié aux maladies non transmissibles (MNT). La sédentarité est corrélée à une forte incidence de maladies cardiovasculaires, de cancers et de diabètes de type 2.^[5] En France, une étude de l'ANSES de 2022 estime que 95 % de la population adulte est exposée à un risque de détérioration de sa santé par manque d'AP ou par un temps trop long en position assise.^[6]

Selon le rapport mondial de l'OMS de 2022, 81% des adolescents et 27,5% des adultes ont actuellement un niveau d'activité physique inférieur à celui recommandé. Ce même rapport met également en évidence que si tous les habitants de l'Union Européenne (UE) atteignaient les niveaux d'activité physique recommandés, cela pourrait éviter plus de 10 000 décès prématurés chaque année.^[7] En France on estime qu'annuellement la sédentarité est responsable de 51 193 décès prématurés,^[8] et représente un coût de 494 millions d'euros par an pour l'Assurance maladie.^[9] Au niveau mondial, l'OMS estime que l'inactivité physique pourrait coûter environ 300 milliards USD (United States Dollar) aux systèmes de santé publics sur la période 2020–2030.^[7]

Face à ce constat, l'OMS s'est fixé un objectif mondial de réduction de l'inactivité physique de 15% d'ici 2030.^[10] Cet objectif semble, selon une étude mondiale publiée en 2016 dans le Lancet, difficilement atteignable.^[11]

Les jeunes sont particulièrement concernés par ces enjeux de sédentarité. Selon une étude publiée par le Lancet en 2024, le taux d'obésité a plus que doublé chez les adultes, et quadruplé chez les enfants dans le monde entre 1990 et 2022.^[12] En France, une étude conduite entre 2009 et 2013 auprès de 12 082 enfants et adolescents dans le cadre du programme BOUGE a mis en évidence que 16 % des

garçons et 7,7 % des filles présentaient un risque de maladie cardiovasculaire à l'âge adulte sur la base de leur condition physique, et que la capacité aérobie diminuait significativement avec l'âge.^[13]

Les jeunes de 18 à 25ans sont dans une tranche d'âge où les habitudes de vie acquises dans l'enfance sont à concilier avec de nombreux changements dans leur vie professionnelle ou étudiante. Ils représentent cependant une population chez qui les bénéfices pour la santé d'une AP régulière sont largement supérieurs aux risques liés à sa pratique. Il est donc essentiel de les sensibiliser sur les risques liés à la sédentarité.

4 Les politiques publiques françaises de promotion de l'AP

Face à ces constats, la France a mis en place différentes politiques de promotion de l'AP. La loi de modernisation du système de santé de 2016 visait la promotion de l'AP sur ordonnance par les médecins traitants pour les personnes en soins de longue durée.^[14] La loi 2022 pour la démocratisation du sport en France a permis la prescription à l'ensemble des médecins et élargit le champ aux personnes atteintes d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risque.^[15] Des freins importants persistent néanmoins : l'absence de parcours de soins formalisé, le manque de recommandations sur les modalités de prescription, le coût pour le patient.

Le Programme National Nutrition Santé 4 (PNNS) de 2019-2023 a placé l'AP au cœur de la stratégie de prévention. Dans ce travail luttant contre la sédentarité, plusieurs actions ont été mises en place comme le renforcement de l'accès à l'activité physique adaptée ou une campagne par Santé publique France « Faire bouger les ados » pour inciter les parents à encourager les adolescents à bouger davantage au quotidien.^[16]

A l'occasion des Jeux Olympiques Paris 2024, le gouvernement a également mis en place la stratégie nationale « sport santé 2019-2024 » avec pour objectifs 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, la protection de la santé des sportifs et le

renforcement et la diffusion des connaissances. ^[17]Cette stratégie place la promotion de l'activité physique et sportive comme la Grande cause nationale 2024.

C'est avec cet objectif de santé préventive, et dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2023, que le dispositif « Mon bilan prévention » a été lancé. Il vise à proposer 4 rendez-vous médicaux pris en charge à 100% par l'Assurance maladie à différents âges clés de la vie dont un destiné à la tranche des 18-25ans. L'objectif de ce bilan est de faire un point général en abordant 5 axes : les antécédents médicaux familiaux et personnels, le repérage des maladies chroniques, le bien être mental et social, un bilan général de santé (vaccination, suivi buccodentaire ...), ainsi que les habitudes de vie (alimentation, AP). Ce bilan peut être réalisé par différents professionnels de santé dont les sages femmes, les infirmières, les pharmaciens ou les médecins généralistes. ^[18] L'AP constitue donc l'un des thèmes pouvant être abordés lors de ce bilan, en faisant un outil de prévention potentiellement important pour cette tranche d'âge.

5 Rôle du médecin dans la promotion de l'AP

Le médecin traitant occupe un rôle central dans la promotion de l'AP en tant qu'acteur de premier recours en soins primaires. La WONCA Europe (World Organization of Family Doctors) définit dès 2002 le médecin généraliste comme un acteur de santé publique qui participe à l'éducation à la santé et à la prévention. ^[19] Sa connaissance privilégiée du mode de vie et des habitudes de chaque patient lui confère un rôle à part entière dans la promotion de l'AP.

La promotion de l'AP peut se faire par une consultation dédiée ou par un programme d'éducation thérapeutique (ETP). Dans le cadre de la promotion de l'AP et afin de proposer une AP adaptée au patient, il est nécessaire de quantifier les habitudes en termes d'activité physique (via par exemple un questionnaire comme l'IPAQ (International Physical Activity Questionnaire ^[20]), de réaliser un examen physique afin de rechercher l'absence de contre-indication à la pratique du sport, d'identifier les freins et les leviers à la pratique d'AP, de guider le patient dans ses choix afin de choisir une activité favorisant l'adhésion au long cours et également dans certaines situations de rédiger une prescription d'AP.

De nombreuses études se sont intéressées aux freins (manque de temps, évènements de vie...) qui poussent les patients à ne pas entreprendre ou ne pas poursuivre un comportement qui serait bénéfique à leur santé. Certaines périodes de vie ont été identifiées comme charnières en matière d'AP en particulier lors des transitions de vie comme l'entrée dans la vie active ou les changements d'environnement social qui caractérisent la tranche des 18–25 ans. L'american Heart Association a spécifiquement travaillé sur ces périodes de transition et propose des stratégies : développer l'empathie des professionnels de santé lorsqu'ils abordent ces transitions de vie, proposer des ressources pour un soutien personnalisé en matière d'activité physique, et s'adapter à chaque étape de la vie. ^[21]

Le médecin traitant doit systématiquement rechercher les freins limitant la pratique de l'AP afin de favoriser la poursuite à long terme de l'AP. Le modèle transthéorique du changement ou modèle de Prochaska et DiClemente développé à la fin des années 1970 peut être utilisé pour situer le niveau de motivation des patients et utilisé comme levier pour promouvoir l'AP. ^[22] En effet, ce modèle expose que pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve et proposer un mode d'intervention adapté à l'étape en cours.

Malgré de nombreuses réticences à la pratique d'une AP, 38% de la population française dit se montrer intéressé par le fait que leur médecin traitant intègre une pratique sportive régulière à leur prescription et 93% pense que cela pourrait l'aider à aller mieux. ^[23]

Les consultations de suivi au cours desquelles une relation privilégiée est nouée entre le patient et le médecin généraliste sont des occasions de promouvoir l'AP et de déconstruire des idées reçues. Pourtant, malgré ce contexte favorable, les études montrent que le conseil en AP reste insuffisamment intégré à la pratique quotidienne. Une étude qualitative française menée auprès de 99 médecins généralistes franciliens souligne ainsi que le conseil en AP n'est pas systématique, ne fait jamais l'objet d'une consultation dédiée, et est évoqué selon les circonstances de la consultation et le profil du patient, sans que les recommandations de santé publique ne soient déployées en pratique. ^[24] Ce constat a été confirmé dans le contexte spécifique des Hauts-de-France, où une étude qualitative auprès de médecins généralistes picards met en évidence que l'AP est abordée de façon superficielle, limitée à des conseils oraux en

prévention secondaire et tertiaire, avec le manque de temps et de connaissances des médecins généralistes sur les bienfaits de l'AP comme principaux freins.^[25]

Par ailleurs, depuis la loi du 2 mars 2022 ^[15] la suppression progressive de l'obligation du certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive a réduit les occasions de consultations naturellement dédiées à l'évaluation de l'AP. Il est maintenant d'autant plus nécessaire d'identifier de nouvelles opportunités pour aborder ce sujet en soins primaires. Le bilan de prévention de l'Assurance Maladie pour les 18–25 ans constitue un exemple récent qui pourrait être utilisé à ces fins. ^[26]

6 Objectif de l'étude

Cette étude s'inscrit dans la continuité d'un travail de thèse réalisé par Eva Retailleau. Ce travail visait à explorer le sens que les patients de 18 à 25 ans donnent à la pratique d'une AP. Les catégories d'intérêt identifiées dans ce travail ont servi de fondement au questionnaire de la présente étude.

L'objectif principal de l'étude est d'explorer comment les médecins généralistes abordent en consultation ces catégories d'intérêt en matière d'activités physiques chez les patients de 18-25ans dans les Hauts-de-France.

L'objectif secondaire est d'analyser la relation entre la pratique personnelle d'activité physique par les médecins généralistes et la fréquence avec laquelle ils évoquent ces catégories d'intérêt en consultation.

Matériel et méthodes

1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, de type quantitative, basée sur des données déclaratives obtenues par auto-questionnaire. Le choix du quantitatif a été fait afin d'obtenir un retour portant sur une population large de médecins généralistes et de tendre vers des résultats généralisables et quantifiables.

Les critères d'inclusion de la population d'étude étaient :

- Être titulaire d'un DES de médecine générale
- Exercer dans les Hauts-de-France

Les mots clés du MeSH caractérisant l'étude étaient: physical activity, sport, primary care, physicians, preventive medicine.

2 Patients et données

La population étudiée était celle des médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France. D'après l'Atlas de la démographie médicale en France, publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)^[27], au 1^{er} janvier 2025, la densité de médecins généralistes en activité régulière dans les Hauts-de-France était de 82,7 pour 100 000 habitants dans l'Aisne, de 128,9 dans le Nord, de 87,8 dans l'Oise, de 107,6 dans le Pas-de-Calais et de 135,5 dans la Somme. Appliquées aux populations départementales estimées au 1^{er} janvier 2024 (INSEE), ces densités permettent d'évaluer à environ 6 858 médecins généralistes en activité régulière dans la région (Aisne : 431 ; Nord : 3 370 ; Oise : 729 ; Pas-de-Calais : 1 566 ; Somme : 762).

En tenant compte d'un risque alpha de 5 % et d'une marge d'erreur de 5 %, le nombre de sujets nécessaires a été calculé selon la formule de taille d'échantillon pour proportion inconnue ($p = 0,5$, hypothèse la plus conservative), avec correction pour population finie ($N = 6\,858$):

$$n_0 = z^2 \times p \times (1-p) / e^2 = 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 / 0,05^2 \approx 384$$

$$n \text{ corrigé} = n_0 / (1 + n_0 / N) = 384 / (1 + 384 / 6\,858) \approx 364 \text{ répondants nécessaires}$$

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat via :

- les réseaux des Communautés Professionnelles de Santé (CPTS) avec une relance pour lesquels j'ai obtenu une confirmation de diffusion pour 7 CPTS sur 72,
- l'URPS médecins libéraux des HdF,
- les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) avec une confirmation de diffusion, 2 refus et 2 absences de réponse,
- le réseau des maîtres de stage universitaires (MSU) avec une relance,
- les réseaux sociaux de médecins généralistes remplaçants des HdF.

Le recueil s'est déroulé du 3 novembre 2025 au 22 février 2026. Les données ont été collectées de manière anonyme via la plateforme LimeSurvey® (Annexe 1).

3 Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de la thèse d'Eva Retailleau qui avait comme objectif principal de mettre en évidence via une étude qualitative par entretiens semi-dirigés les catégories d'intérêt en matière d'activité physique des 18-25ans.

Ce questionnaire a été conçu pour répondre aux objectifs de l'étude avec une durée de passation à 5 minutes pour l'ensemble du questionnaire. Il a été testé sur un petit échantillon avant sa diffusion. Il comportait 23 questions réparties en 3 parties :

- 8 questions relatives aux données sociodémographiques et professionnelles (genre, âge, zone et mode d'exercice, cadre d'exercice, statut de maître de stage universitaire, sentiment de légitimité à conseiller l'AP, suivi d'une formation en médecine du sport et, le cas échéant, nature de cette formation).
- 2 questions correspondant au questionnaire de Marshall (Annexe 2) évaluant le niveau d'AP personnel du répondant. Un score ≥ 4 classe le répondant

comme « suffisamment actif » ; un score < 4 identifie le répondant comme « insuffisamment actif ».

- 13 questions concernant l'évocation de l'AP en consultation chez les 18-25ans : utilisation du bilan de prévention de l'Assurance Maladie (Q11), sentiment d'impact sur la pratique AP des patients (Q12), outils utilisés pour aborder l'AP (Q13, non exploitée pour les raisons détaillées dans la Discussion), et 10 items sur une échelle de Likert à cinq niveaux (Toujours / Souvent / Parfois / Rarement / Jamais) portant sur les catégories d'intérêt (Q14–Q23).

4 Analyse statistique

Les données brutes sont collectées automatiquement au format via le formulaire LimeSurvey® et incluses dans une feuille de calcul dans Excel.

Pour la plupart des questions, les analyse sont réalisées pour des variables qualitatives monovaluées ; les réponses sont donc rendues sous forme de pourcentage par catégorie de réponse. L'analyse a été faite selon la loi binomiale avec un intervalle de confiance à 95 % pour chaque pourcentage.

4.1 Statistiques descriptives

Les variables qualitatives sont exprimées en effectif (n) et pourcentage (%). Pour les items de l'échelle de Likert (Q14–Q23), la distribution complète sur les cinq modalités est présentée, ainsi que la proportion cumulée « Souvent + Toujours », retenue comme indicateur principal de fréquence d'abord élevée.

4.2 Choix des tests statistiques

Les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R. Pour comparer les distributions des items Likert (Q14–Q23) entre les deux groupes définis par le score de Marshall (Annexe 2), le test de Mann-Whitney bilatéral a été utilisé. Ce test non paramétrique est adapté aux variables ordinales : il évalue si les réponses d'un groupe tendent à être systématiquement plus élevées que celles de l'autre, en comparant toutes les paires possibles d'observations entre les deux groupes. La statistique U représente le nombre de paires dans lesquelles le groupe des médecins suffisamment actifs obtient

un score supérieur (valeur maximale possible : $83 \times 84 = 6\,972$; valeur centrale indiquant l'absence de différence : $\approx 3\,486$; des valeurs élevées $> 4\,000$ traduisent une tendance des médecins suffisamment actifs à donner des réponses plus hautes).

Pour les associations entre le score de Marshall et les variables binaires (légitimité Q7, impact Q12, variables socioprofessionnelles), le test du χ^2 de Pearson a été utilisé. Le test exact de Fisher a été préféré lorsque les effectifs théoriques attendus dans au moins une cellule étaient inférieurs à 5, notamment pour la légitimité (Q7) et la formation en médecine du sport (Q8), dont la modalité minoritaire ne comptait que 10 répondants.

4.3 Significativité

Les tests sont bilatéraux. Le seuil retenu est $\alpha = 0,05$. Les intervalles de confiance sont calculés à 95 %.

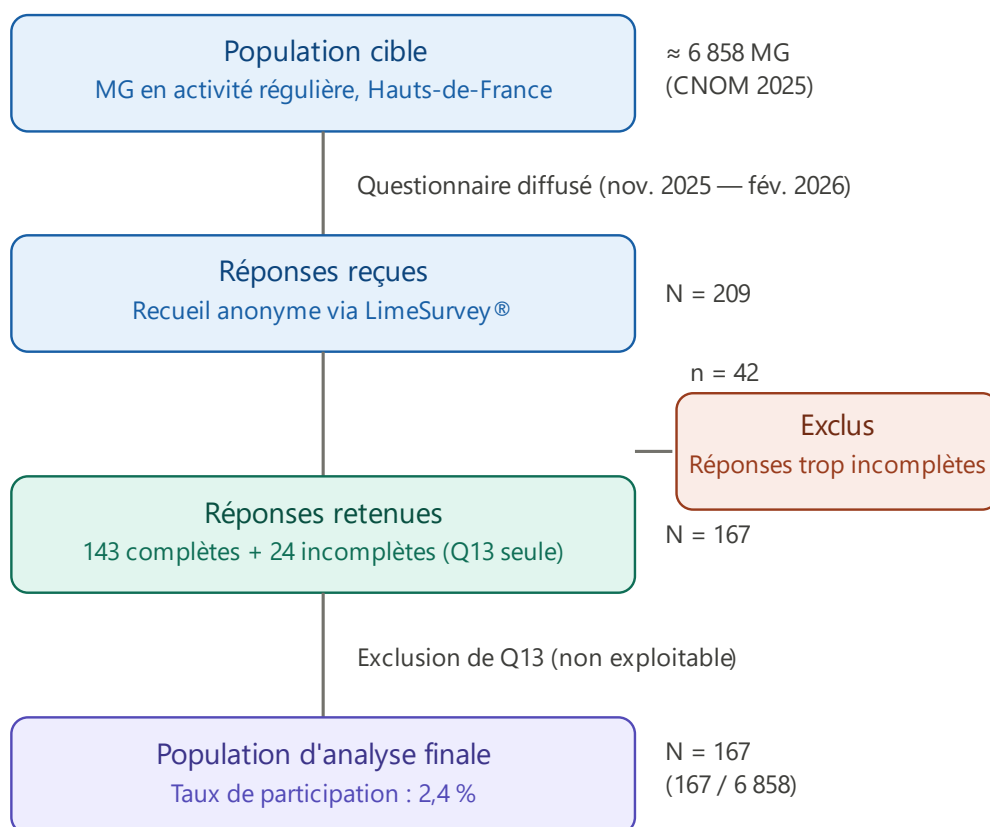
5 Cadre réglementaire

L'enquête a été réalisée de manière anonyme, aucun traitement nominatif n'a été effectué. Conformément à la législation en vigueur, cette étude ne nécessitait pas de déclaration à la CNIL ni d'avis du comité d'éthique comme le précise l'attestation d'exonération délivrée le 22 octobre 2025 par la direction des données personnelles et archives de l'Université de Lille. (Annexe 3). Cette recherche n'a bénéficié d'aucun financement extérieur. L'investigatrice déclare n'avoir aucun lien d'intérêt.

Résultats

1 Flow chart

Figure 1 : Diagramme de flux



Le recueil s'est déroulé du 3 novembre 2025 au 22 février 2026.

Sur les 209 réponses reçues, 42 ont été exclues en raison d'un trop grand nombre de données manquantes. Parmi les 167 réponses retenues, 24 étaient initialement classées comme incomplètes en raison de réponses partielles à la question Q13. Cette question a été exclue de l'analyse car elle n'était pas correctement exploitable (cf. Discussion), ce qui a permis de réintégrer ces 24 enregistrements. Un répondant a été conservé dans l'analyse, bien qu'il n'ait pas renseigné son genre. Celui-ci n'intervenant pas dans les analyses bivariées, son exclusion ne se justifiait pas. La population d'analyse finale est donc de N = 167 (Figure 1).

2 Etude de la population

167 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. L'ensemble des réponses ont été conservées pour les analyses, conduisant à une population d'analyse finale de N = 167. Le participant n'ayant pas souhaité renseigner son genre est inclus dans toutes les analyses où le genre n'intervient pas.

2.1 Caractéristiques socio démographiques

L'échantillon comptait 90 femmes (53,9 %), 76 hommes (45,5 %) et 1 répondant n'ayant pas souhaité préciser son genre (0,6 %). La tranche d'âge la plus représentée était celle des 30–39 ans (n = 66 ; 39,5 %), suivie des 40–49 ans (n = 42 ; 25,1 %), des moins de 30 ans (n = 27 ; 16,2 %), des 50–59 ans (n = 21 ; 12,6 %) et des 60 ans et plus (n = 11 ; 6,6 %).

Tableau 1 – Répartition par genre et tranche d'âge (n = 167)

Modalité	N	%
Femme	90	53,9 %
Homme	76	45,5 %
Ne souhaite pas répondre	1	0,6 %
< 30 ans	27	16,2 %
30–39 ans	66	39,5 %
40–49 ans	42	25,1 %
50–59 ans	21	12,6 %
≥ 60 ans	11	6,6 %
Total	167	100,0 %

2.2 Caractéristiques socio professionnelles

La majorité exerçait en zone urbaine (43,1 % ; n = 72), devant la zone semi-rurale (36,5 % ; n = 61) et la zone rurale (20,4 % ; n = 34). L'exercice libéral prédominait (85,0 % ; n = 142) par rapport au salariat et à l'exercice mixte. Le cadre d'exercice le plus fréquent était le cabinet de groupe (46,1 % ; n = 77), devant la maison de santé pluridisciplinaire (40,1 % ; n = 67) et l'exercice seul (13,8 % ; n = 23).

Plus de la moitié des répondants étaient maîtres de stage universitaires (MSU) (53,3 % ; n = 89), proportion nettement supérieure à celle observée dans la population des médecins généralistes.

Tableau 2 – Caractéristiques professionnelles (n = 167)

Modalité	n	%
Zone urbaine	72	43,1 %
Zone semi-rurale	61	36,5 %
Zone rurale	34	20,4 %
Exercice libéral	142	85,0 %
Exercice mixte	16	9,6 %
Salariat	9	5,4 %
Cabinet de groupe	77	46,1 %
Maison de santé pluridisciplinaire	67	40,1 %
Cabinet seul	23	13,8 %
Maître de stage universitaire (MSU)	89	53,3 %
Non MSU	78	46,7 %
Total	167	100,0 %

3 Critère de jugement principal : l'évocation de l'activité physique en consultation par les médecins généralistes chez les 18-25ans

La réponse à l'objectif principal s'articule autour de quatre dimensions : l'utilisation du bilan de prévention de l'Assurance Maladie, le sentiment de légitimité et la formation, le sentiment d'impact, et la fréquence d'évocation de chaque catégorie d'intérêt.

3.1 Utilisation du bilan de prévention de l'Assurance Maladie

Le bilan de prévention proposé par l'Assurance Maladie depuis 2023, spécifiquement conçu pour les 18–25 ans, était très rarement utilisé : 159 médecins (95,2 %) déclarant ne pas y avoir recours, contre seulement 8 déclarants l'utiliser (4,8 %). Ce résultat questionne sur la diffusion et l'appropriation de cet outil auprès des médecins généralistes, et sur les freins à son utilisation dans cette tranche d'âge.

3.2 Légitimité perçue et formation en médecine du sport

La quasi-totalité des médecins déclaraient se sentir légitime à conseiller l'AP (94,0 % ; n = 157) même si seulement 10 médecins (6,0 %) affirmaient avoir suivi une formation spécifique en médecine du sport (se sentant parmi eux tous légitimes à conseiller l'AP).

Parmi les 157 médecins non formés, 147 (93,6 %) s'estimaient donc légitimes à conseiller l'AP, confirmant que le sentiment de légitimité repose majoritairement sur la pratique clinique générale et non sur une formation dédiée.

Les 10 médecins formés ont précisé les formations suivies dans une question ouverte (réponses multiples possibles). Les formations déclarées sont présentées dans le Tableau 3. A noter que plusieurs médecins ont déclaré plusieurs formations cumulées. n = nombre de médecins (sur 10) ayant mentionné ce type de formation.

Tableau 3 – Formations en médecine du sport déclarées (n = 10, réponses multiples)

Formation déclarée	n médecins
Capacité de médecine et biologie du sport	6
DIU / DU de traumatologie du sport	5
DU autre (nutrition, prépa physique, pédiatrie du sport, antidopage)	3
DPC / FMC / congrès spécialisés	2
Autoformation (lectures, revues spécialisées)	1

La Capacité de médecine et biologie du sport et les diplômes universitaires de traumatologie du sport étaient les formations les plus fréquemment citées. Un répondant déclarait une autoformation uniquement, sans diplôme formel, et un autre uniquement un DPC sur l'activité physique adaptée.

3.3 Sentiment d'impact sur la pratique AP des patients (Q12)

70,7 % des médecins (n = 118) estimaient avoir un impact sur la pratique d'AP de leurs patients, tandis que 29,3 % (n = 49) n'en étaient pas convaincus. Un médecin sur trois doute de son impact sur la pratique d'AP de ses patient ce qui représente une proportion non négligeable.

3.4 Fréquence avec laquelle les catégories d'intérêt sont abordées (Q14–Q23)

Les questions 14 à 23 utilisent l'échelle de Likert pour interroger les médecins généralistes sur différentes catégories d'intérêts. Celles-ci ont été choisies après avoir été mises en évidence comme ayant du sens pour les jeunes de 18 à 25 ans dans la pratique d'une AP.

Le Tableau 4 présente la distribution complète des réponses pour chacune des dix catégories d'intérêt. Nous avons retenu comme indicateur principal la proportion cumulée « Souvent + Toujours ».

Tableau 4 – Fréquence d'abord des catégories d'intérêt d'AP en consultation (Q14–Q23, n = 167)

Item	Jamais n (%)	Rarement n (%)	Parfois n (%)	Souvent n (%)	Toujours n (%)	Sou.+Tou. (%)
Q14 – Sédentarité (préventif)	1 (0,6 %)	9 (5,4 %)	27 (16,2 %)	86 (51,5 %)	44 (26,3 %)	77,8 %
Q15 – Vecteur de socialisation	12 (7,2 %)	22 (13,2 %)	60 (35,9 %)	58 (34,7 %)	15 (9,0 %)	43,7 %
Q16 – Trouble de l'apparence physique	5 (3,0 %)	10 (6,0 %)	45 (26,9 %)	78 (46,7 %)	29 (17,4 %)	64,1 %
Q17 – Troubles de santé mentale	0 (0,0 %)	5 (3,0 %)	37 (22,2 %)	78 (46,7 %)	47 (28,1 %)	74,9 %
Q18 – Maladies chroniques	0 (0,0 %)	2 (1,2 %)	19 (11,4 %)	96 (57,5 %)	50 (29,9 %)	87,4 %
Q19 – Orientation vers l'AP selon les antécédents	5 (3,0 %)	25 (15,0 %)	39 (23,4 %)	70 (41,9 %)	28 (16,8 %)	58,7 %
Q20 – Notion de plaisir	2 (1,2 %)	9 (5,4 %)	26 (15,6 %)	71 (42,5 %)	59 (35,3 %)	77,8 %
Q21 – Facteurs limitants	2 (1,2 %)	9 (5,4 %)	36 (21,6 %)	79 (47,3 %)	41 (24,6 %)	71,9 %
Q22 – Comportements	37 (22,2 %)	64 (38,3 %)	41 (24,6 %)	19 (11,4 %)	6 (3,6 %)	15,0 %

Item	Jamais n (%)	Rarement n (%)	Parfois n (%)	Souvent n (%)	Toujours n (%)	Sou.+Tou. (%)
addictifs liés à l'AP						
Q23 – Troubles du sommeil	6 (3,6 %)	21 (12,6 %)	38 (22,8 %)	61 (36,5 %)	41 (24,6 %)	61,1 %

Sou.+Tou. = proportion cumulée « Souvent » ou « Toujours ».

3.4.1 Catégories très fréquemment abordées en consultation (Souvent + Toujours > 70 %) :

Cinq catégories dépassaient le seuil de 70 % de réponses « Souvent + Toujours » dans la fréquence avec laquelle elles étaient abordées en consultation : les maladies chroniques en contexte préventif, la sédentarité, la notion de plaisir, les troubles de santé mentale et les facteurs limitants à la pratique de l'AP.

La prévention de la maladie chronique (Q18) était la catégorie la plus investie (87,4 %) : tous les médecins déclaraient l'aborder, et seulement 2 (1,2 %) le faisaient rarement. Ceci montre que l'AP est quasiment systématiquement évoqué afin de limiter les complications des maladies chroniques.

La sédentarité (Q14 : 77,8 %) et la notion de plaisir (Q20 : 77,8 %) étaient évoquées en proportion identique en consultation. Cependant, la catégorie « notion de plaisir » se distinguait par la proportion de réponses « toujours » la plus élevée de tous les items (35,3 %), suggérant un abord particulièrement fréquent.

La notion de troubles de santé mentale (Q17 : 74,9 %) était le seul autre item avec les maladies chroniques sans aucune réponse « jamais ». Les facteurs limitants à la pratique (Q21 : 71,9 %) complétaient ce groupe, avec seulement 2 réponses « jamais » (1,2%).

3.4.2 Catégories modérément abordées (Souvent + Toujours entre 50 et 70 %)

Trois items se situaient dans une zone intermédiaire : les troubles de l'apparence physique, les troubles du sommeil et l'orientation vers une AP en fonction des antécédents.

Les troubles de l'apparence physique (Q16 : 64,1 %) présentaient la proportion de réponses « parfois » la plus élevée de l'ensemble des dix items (26,9 %), traduisant un abord davantage conditionnel. Les troubles du sommeil (Q23 : 61,1 %) et l'orientation vers une AP en fonction des antécédents (Q19 : 58,7 %) complétaient ce groupe.

3.4.3 Catégories peu abordées (Souvent + Toujours < 50 %)

Deux items se distinguaient nettement par leur faible fréquence d'abord. L'AP comme vecteur de socialisation (Q15 : 43,7 %) était le seul item pour lequel la modalité « parfois » (35,9 %) devançait la modalité « souvent » (34,7 %), et 20,4 % des médecins ne l'évoquaient que « rarement » ou « jamais ». Les comportements addictifs liés à l'AP (Q22 : 15,0 %) constituaient la catégorie la moins abordée de l'ensemble : 60,5 % des médecins déclaraient ne l'évoquer que « rarement » ou « jamais », faisant de cette catégorie le seul item pour lequel les modalités basses étaient majoritaires.

Ces résultats dessinent un profil de pratique structuré autour du modèle biomédical préventif (maladie chronique, sédentarité, antécédents) et du bien-être psychologique (santé mentale, sommeil, plaisir), au détriment des dimensions sociales et addictologiques de l'AP.

4 Critère de jugement secondaire : relation entre niveau d'activité physique des médecins et pratiques en consultation

4.1 Niveau d'activité physique des médecins (score de Marshall) et association avec le profil professionnel

Le questionnaire de Marshall (Annexe 2) permettait de classer les médecins en deux catégories. La répartition était quasi équilibrée : 83 médecins suffisamment actifs (49,7 %) et 84 insuffisamment actifs (50,3 %).

L'association entre le score de Marshall et les variables de profil professionnel a ensuite été testée. Deux associations significatives ont été identifiées. En association avec le score de Marshall, les médecins suffisamment actifs déclaraient plus fréquemment percevoir un impact sur la pratique d'AP de leurs patients (80,7 % vs 60,7 % ; $\chi^2 = 8,062$; $p = 0,005$) et se sentaient davantage légitimes à conseiller l'AP (98,8 % vs 89,3 % ; test exact de Fisher ; $p = 0,018$). En revanche, aucune association significative avec le score de Marshall n'a été mise en évidence pour le genre, l'âge, la zone d'exercice, le mode d'exercice, le statut de MSU, la formation en médecine du sport, ni l'utilisation du bilan de prévention AM.

Tableau 5 – Association entre le score de Marshall, l'impact perçu (Q12) et la légitimité (Q7) (n = 167)

	Suff. actif (n=83)		Insuff. actif (n=84)		Test
Modalité	n	%	n	%	
Q12 – Impact perçu : Oui	67	80,7 %	51	60,7 %	$\chi^2 = 8,062$ $p = 0,005^{**}$
Q12 – Impact perçu : Non	16	19,3 %	33	39,3 %	

	Suff. actif (n=83)		Insuff. actif (n=84)		Test
Q7 – Légitime : Oui	82	98,8 %	75	89,3 %	Fisher p = 0,018 *
Q7 – Légitime : Non	1	1,2 %	9	10,7 %	

4.2 Association entre score de Marshall et fréquence d'abord des catégories d'intérêt

Les médianes des deux groupes sont identiques pour la quasi-totalité des catégories d'intérêt (valeur 4 = « Souvent »). C'est la proportion de réponses « Souvent + Toujours » qui permet de distinguer les groupes et d'expliquer la significativité des tests. Le Tableau 6 présente cette proportion pour chaque groupe.

Tableau 6 – Test de Mann-Whitney : association entre score de Marshall et catégories d'intérêt (Q14 à 23) (n = 167)

Catégories d'intérêts	Suffisamment actif	Insuffisamment actif	Suffisamment actif	Insuffisamment actif	p-valeur
	Médiane	Médiane	Sou.+Tou.	Sou.+Tou.	
Q14 – Sédentarité (préventif)	4	4	89,2 %	66,7 %	< 0,001 ***
Q17 – Trouble de santé mentale	4	4	81,9 %	67,9 %	0,001 **
Q20 – Notion de plaisir	4	4	83,1 %	72,6 %	0,004 **

Catégories d'intérêts	Suffisamment actif	Insuffisamment actif	Suffisamment actif	Insuffisamment actif	p-valeur
	Médiane	Médiane	Sou.+Tou.	Sou.+Tou.	
Q21 – Facteurs limitants	4	4	80,7 %	63,1 %	0,010 *
Q19 – Orientation vers l'AP selon les antécédents	4	4	66,3 %	51,2 %	0,017 *
Q23 – Troubles du sommeil	4	4	67,5 %	54,8 %	0,041 *
Q18 – Maladies chroniques	4	4	90,4 %	84,5 %	0,062 ns
Q15 – Vecteur de socialisation	3	3	48,2 %	39,3 %	0,098 ns
Q22 – Comportements addictifs liés à l'AP	2	2	15,7 %	14,3 %	0,172 ns
Q16 – Trouble de l'apparence physique	4	4	63,9 %	64,3 %	0,692 ns

Test de Mann-Whitney bilatéral (U de Mann-Whitney).

Méd. = médiane (1 = Jamais, 2= Rarement, 3 = Parfois, 4 = Souvent, 5 = Toujours).

Sou.+Tou. = proportion « Souvent » ou « Toujours ».

**** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; ns = non significatif. Cases vertes = résultats significatifs ($\alpha = 0,05$).*

Six items sur dix présentaient une association statistiquement significative avec le score de Marshall. Dans tous les cas, les médecins suffisamment actifs répondaient de façon privilégiée par une proportion de réponses « Souvent + Toujours » plus élevée. Les différences les plus importantes concernaient la sédentarité (Q14 : $\Delta = 22,5$ points), les facteurs limitants (Q21 : $\Delta = 17,6$ points) et la santé mentale (Q17 : $\Delta = 14,0$ points). Les quatre items sans association significative étaient les maladies chroniques (Q18 ; $p = 0,062$: tendance non significative, avec des proportions élevées dans les deux groupes limitant la détectabilité d'une différence), l'apparence physique (Q16 ; $p = 0,692$), les comportements addictifs (Q22 ; $p = 0,172$), et la socialisation (Q15 ; $p = 0,098$).

Discussion

1 Principaux résultats

Cette étude a pour objectif principal d'explorer comment les médecins généralistes des Hauts-de-France abordent les catégories d'intérêt d'activité physique chez les patients de 18 à 25 ans en consultation. L'objectif secondaire est d'analyser la relation entre la pratique personnelle d'AP des médecins et la fréquence avec laquelle ils évoquent ces catégories en consultation.

1.1 Principaux résultats de cette étude

Les résultats mettent en évidence une certaine disparité dans la fréquence avec laquelle ils abordent les catégories d'intérêt. La prévention lors de maladie chronique, la sédentarité, la notion de plaisir, la santé mentale et les facteurs limitants constituent les catégories où l'AP est le plus fréquemment abordée, évoquées par plus de 70 % des répondants. Le discours préventif semble être structuré autour du modèle biomédical et du bien-être psychologique. À l'inverse, la socialisation et les comportements addictifs liés à l'AP restent très peu investis.

Pour ce qui est du bilan de prévention de l'Assurance Maladie, outil spécifiquement conçu pour certaines catégories d'âge dont les 18–25 ans et déployé depuis 2023 ; il apparaît quasi inexistant dans les pratiques déclarées et seulement 4,8% des médecins déclarent y avoir recours. Ce résultat interroge sur l'appropriation cet outil par les médecins généralistes mais il amène également à questionner la connaissance de ce dispositif par les patients de 18 à 25 ans.

En revanche, les médecins ont à 94% un sentiment de légitimité à conseiller l'AP. Ce sentiment est fondé majoritairement sur la pratique clinique générale plutôt que sur une formation dédiée. Ceci renforce le postulat qu'il n'est pas nécessaire d'avoir suivi une formation spécifique en médecine du sport pour conseiller l'AP à ses patients mais que la formation médicale semble suffisante.

Malgré cette légitimité quasi unanime, près d'un médecin sur trois ne perçoit pas avoir d'impact sur la pratique d'AP de ses patients. Ce doute quant à la capacité d'influence peut constituer un frein à l'abord systématique de l'AP en consultation et traduit la nécessité de donner davantage d'armes aux médecins généralistes pour se sentir plus percutant.

Sur le plan de l'objectif secondaire, les médecins suffisamment actifs selon le score de Marshall abordent significativement plus fréquemment six des dix catégories d'intérêt. Ils se sentent davantage légitimes à conseiller l'AP et perçoivent plus souvent avoir un impact sur la pratique de leurs patients que les médecins non actifs. Ces associations sont statistiquement significatives, mais il convient de souligner que les différences observées entre les deux groupes restent modestes. Ces résultats suggèrent qu'une pratique personnelle d'AP suffisante est associée à un engagement légèrement plus marqué dans la promotion de l'AP en consultation, sans pour autant traduire une différence de pratique fondamentale entre les deux groupes.

1.2 Mise en regard avec les résultats de la thèse d'Eva Retailleau

Cette étude quantitative s'inscrit dans la continuité de la thèse qualitative d'Eva Retailleau, dont l'objectif est d'explorer le sens que les jeunes adultes de 18 à 25 ans donnent à la pratique d'une activité physique. Les catégories d'intérêt identifiées dans ce travail qualitatif constituent le socle sur lequel le questionnaire de la présente étude a été construit, permettant ainsi une approche en miroir : d'un côté le vécu et les représentations des patients, de l'autre les pratiques déclarées des médecins généralistes.

Le croisement des deux travaux révèle des convergences encourageantes. La notion de plaisir, moteur essentiel de la pratique sportive chez les 18–25 ans interrogés par Eva Retailleau, est bien intégrée dans le discours préventif des médecins (77,8 %). La santé mentale, centrale dans les deux études, est également fréquemment abordée en consultation (74,9 %). Ces convergences suggèrent que sur ces deux dimensions, le discours médical rejoint les représentations des patients.

Cependant, des décalages notables apparaissent. La socialisation, identifiée comme un déterminant majeur de la pratique chez les jeunes adultes (vecteur de rencontres,

d'appartenance et de lien social), ne constitue que l'avant-dernière catégorie évoquée par les médecins (43,7 %). De même, les comportements addictifs liés à l'AP, évoqués par certains participants de la thèse d'Eva Retailleau dans des récits de surinvestissement ou de dépendance à l'exercice, sont quasi absents du discours médical (15,0 %).

Ces décalages soulignent la nécessité d'adapter le discours de promotion de l'AP en consultation, en intégrant davantage les dimensions sociales et comportementales qui font sens pour les jeunes adultes, au-delà du seul registre biomédical préventif.

2 Discussion des résultats

2.1 Un abord de l'AP structuré autour du modèle biomédical préventif

Les résultats de cette étude montrent que le discours préventif des médecins généralistes sur l'AP s'organise principalement autour de la prévention des maladies chroniques, de la sédentarité et du bien-être psychologique, au détriment des dimensions sociales et comportementales. Cela coïncide avec les données de la littérature.

En France, une étude qualitative menée auprès de 99 médecins généralistes franciliens par entretiens semi directifs, identifie que ceux-ci tendent à aborder spontanément l'AP lorsqu'un motif médical le justifie, plutôt que de manière systématique et relativement peu en prévention primaire. Les médecins disent en parler davantage en prévention secondaire, en cas de pathologie sous-jacente (surpoids, diabète, facteur de risque cardiovasculaire), ainsi qu'en prévention tertiaire dans un objectif de réadaptation à l'effort et pour diminuer la prévalence des incapacités ou récidives. Ainsi les raisons qui amènent les MG à évoquer l'AP sont donc majoritairement portés sur le biomédical même si les troubles psychiques sont aussi parfois évoqués. ^[24].

Ces observations sont renforcées par une étude qualitative conduite en 2018 auprès de 14 médecins généralistes libéraux du territoire picard des Hauts-de-France

(population très proche géographiquement de la population à l'étude dans cette thèse). Cette dernière évaluait la prescription d'AP et montrait qu'elle était certes abordée en consultation mais de façon superficielle, limitée à des conseils oraux dans un cadre de prévention secondaire et tertiaire. Seule la moitié des MG interrogés dans cette étude déclarait demander à leurs patients s'ils pratiquaient ou non une AP. Ils déclaraient évoquer l'AP avec les patients présentant une surcharge pondérale, des facteurs de risques cardiovasculaires, une ou plusieurs maladies chroniques, un syndrome dépressif, ou des douleurs rhumatismales, musculaires et articulaires, là encore en axant principalement sur les aspects biomédicaux. La notion du caractère agréable d'une AP librement choisie était également mise en avant par les MG interrogés. [25]

A l'échelle internationale, une étude australienne récente conduite par Giri et al. en 2025 [28], fondée sur l'observation directe de 43 consultations de médecins généralistes, a mis en évidence que l'AP n'était abordée que dans 41,9 % des consultations, et que lorsqu'elle l'était, l'approche des médecins était essentiellement centrée sur les besoins de santé spécifiques du patient, avec une priorité donnée aux pathologies chroniques et aux facteurs de risque cardiovasculaire.

La convergence de ces résultats avec ceux de cette étude suggère que ce mode d'abord centré sur le biomédical de l'AP en consultation de MG n'est pas propre à notre échantillon mais reflète une réalité structurelle du contexte des soins primaires en France mais également à l'internationale.

Les deux études françaises retrouvaient que le frein pour aborder l'AP de façon systématique en consultation était une formation initiale insuffisante, déficitaire en connaissances scientifiques. L'étude picarde identifiait également le manque de temps en consultation comme un frein majeur. Ces 2 freins n'ont pas été explorés dans notre étude et semblent pouvoir compléter la compréhension de ce qui peut limiter l'abord de l'AP en consultation.

Les observations d'AuYoung et al. [29], soulignent que les obstacles à l'intégration de l'AP en consultation de soins primaires ne sont pas uniquement liés aux compétences individuelles des médecins, mais relèvent également de facteurs organisationnels et systémiques (manque de temps, absence de protocoles dédiés, faible valorisation du conseil préventif) qui limitent l'abord de l'AP.

La thèse d'Eva Retailleau retrouve que la dimension sociale de l'AP semble constituer un déterminant majeur de la pratique d'AP chez les jeunes adultes. Dans notre étude, cette catégorie « abord de l'AP comme vecteur de socialisation » fait partie des catégories les moins abordées et reflète le décalage observé entre la fréquence d'abord des dimensions biomédicales et sociales. La déclaration scientifique de l'American Heart Association publiée dans *Circulation* en 2022 ^[21] rappelle à ce sujet que les transitions de vie (dont l'entrée dans la vie active et les changements d'environnement social qui caractérisent la tranche des 18-25 ans) sont associées à des fluctuations importantes du niveau d'AP. Les professionnels de santé ont un rôle spécifique à jouer pour identifier ces moments charnières et adapter leur discours en conséquence. Le fait que la socialisation soit une des dimensions les moins investies par les médecins de notre échantillon montre que cet aspect du discours préventif est insuffisamment intégré dans la pratique quotidienne, en particulier pour cette tranche d'âge.

Enfin, les comportements addictifs liés à l'AP (15,0 %) constituent la catégorie la moins abordée. Ce résultat coïncide avec les observations de la littérature, qui montrent que les médecins généralistes centrent leur discours sur les bénéfices de l'AP plutôt que sur ses risques ou ses excès, et que les comportements de dépendance à l'exercice ou de surinvestissement sportif restent peu évoqués lors des consultations de soins primaires.

2.2 Le faible recours au bilan de prévention

Seulement 4,8 % des médecins généralistes de notre échantillon déclarent avoir recours au bilan de prévention de l'Assurance Maladie pour les 18–25 ans.

Nous ne disposons pas pour le moment de données gouvernementales à l'échelle nationale quant à l'utilisation du dispositif déployé depuis 2024. Il faudra probablement attendre encore quelques années avant de pouvoir tirer des conclusions sur son efficacité mais néanmoins les premiers rapports révèlent une faible appropriation nationale de ce dispositif.

Selon les premières analyses quantitatives fondées sur les données du Système national des données de santé (SNDS), présentées lors du congrès 2025 de la Société

française de santé publique, 168 000 bilans ont été réalisés sur les 18 premiers mois qui ont suivi le lancement national en janvier 2024 (sur les 4 catégories d'âge et non pas uniquement les 18-25ans). Les médecins généralistes et les pharmaciens étaient les principaux effecteurs. Ces résultats mettent en évidence une appropriation hétérogène du dispositif par les professionnels de santé, influencée par les trajectoires professionnelles, la formation initiale et continue, ainsi que par les conditions organisationnelles d'exercices.^[30] Face à ce constat de faible appropriation, le bilan de prévention est placé au cœur des priorités institutionnelles : le rapport Charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2026, publié en juin 2025, le cite explicitement parmi les axes forts de sa stratégie de prévention pour les années à venir. ^[31]

La disparition progressive du certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive, instaurée par la loi du 2 mars 2022, a supprimé l'une des rares occasions de consultation dédiée à l'évaluation de l'AP en médecine générale. ^[15] Ce certificat constituait en effet pour de nombreux médecins généralistes un moment structuré d'échange avec le patient sur sa pratique sportive, ses antécédents et ses éventuelles contre-indications. Dans ce contexte, le bilan de prévention de l'Assurance Maladie ^[18], représente une nouvelle opportunité d'aborder l'AP avec les patients aux âges clés de la vie. Toutefois, il persiste de nombreux freins son utilisation.

Ces freins ont été documentés dès la phase pilote conduite dans les Hauts-de-France entre octobre et décembre 2023 sur la tranche 45-50 ans. En effet une évaluation menée par l'URPS Médecins Libéraux des Hauts-de-France auprès des professionnels de santé des territoires expérimentaux a montré que seulement 53 professionnels sur 2 226 éligibles avaient accepté de participer à la phase pilote, et que parmi eux, 18 seulement avaient effectivement réalisé un bilan. Les obstacles les plus fréquemment cités étaient le manque de temps, une tarification jugée inadaptée au temps consacré et l'absence de coordination prévue avec le médecin traitant (le bilan pouvant également être réalisé par des infirmiers, pharmaciens ou sages-femmes). ^[32] Bien que ces données portent sur la tranche 45-50 ans et non sur les 18-25 ans ciblés dans notre étude, elles suggèrent que des freins similaires pourraient expliquer le faible recours observé à ce bilan de prévention dans notre échantillon.

2.3 Un sentiment de légitimité général

La très grande majorité (94%) des médecins interrogés dans cette étude disent se sentir légitimes à conseiller l'AP bien que ne disposant pas de formation spécifique en médecine du sport, ce qui ne concerne que 6% des participants.

Ce résultat rejoint les observations retrouvées dans littérature internationale. Une enquête transversale menée auprès de 839 médecins généralistes exerçant en Angleterre en 2021 montrait que 74,1 % des médecins se sentaient à l'aise pour aborder le sujet de l'AP avec leurs patients alors que seulement 35,7 % se déclaraient suffisamment familiers avec les recommandations actuelles en matière d'AP. ^[33] Une revue systématique de la littérature internationale portant sur la promotion de l'AP par les professionnels de santé (et non pas uniquement les médecins généralistes) réalisée en 2020 mettait en évidence que dans plus de la moitié des études, 68 à 95,3 % des participants se sont déclarés confiants dans cette promotion de l'AP. ^[34]

A l'échelle nationale, ces résultats recoupent ceux de l'étude de Bloy et al. où les MG soulignent la faiblesse de leur formation initiale en matière d'AP mais ne considèrent pas pour autant que ce sujet requiert des compétences médicales spécifiques et les MG disent mobiliser d'abord leur propre trajectoire sportive et l'expérience clinique constituée auprès des patients. ^[24]

Ces résultats suggèrent que le sentiment de légitimité à conseiller l'AP en consultation semble indépendant de la maîtrise formelle des recommandations ou d'une formation spécifique.

Au-delà de la légitimité, notre étude interroge également la perception qu'ont les médecins quant à leur capacité à influencer réellement la pratique d'AP de leurs patients. Un médecin sur trois estime ne pas avoir d'impact sur la pratique d'AP de ses patients. Ce sentiment d'impact limité contraste avec les données de la littérature. La revue systématique de la littérature internationale relève qu'entre 66 % et 93 % des professionnels de santé estiment être efficaces dans la promotion de l'activité physique ^[34]. On peut alors se demander si le sentiment de manque de formation en matière d'AP, qui n'a pas été exploré dans cette étude, diminue l'impact que les MG pensent avoir sur leurs patients.

Par ailleurs, une revue systématique et méta-analyse de 46 essais contrôlés randomisés portant sur 16 198 participants publiée dans le British Medical Journal (BMJ) par Kettle et al. en 2022 a montré que les interventions en AP délivrées ou encouragées par des professionnels de santé en soins primaires augmentaient significativement le niveau d'AP autodéclaré des patients de 24 minutes par semaine par rapport aux groupes témoins, et augmentaient de 33 % la probabilité que les patients atteignent les recommandations en matière d'activité physique. Ces résultats, bien que fondés principalement sur des mesures déclaratives et avec une hétérogénéité importante entre les études, suggèrent que les MG sous estiment probablement l'impact qu'ils ont sur la pratique d'AP de leurs patients. Ce sentiment de faible impact influence certainement la fréquence à laquelle ils abordent l'AP en consultation. ^[35]

2.4 Promotion de l'AP en fonction du niveau d'AP du médecin

Notre étude a montré 2 associations significatives entre les médecins physiquement actifs et leurs sentiments d'impact et de légitimité sur leurs patients lors de la promotion de l'AP. Le lien entre le niveau d'AP du médecin et la promotion de l'AP en consultation a été étudié à de nombreuses reprises dans la littérature et les résultats font consensus : les professionnels de santé physiquement actifs prodiguent davantage de conseils en matière d'AP à leurs patients.

Une revue systématique PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) a inclus 51 études (sur 6 618 identifiées) afin de faire un état des lieux des pratiques en matière de promotion et de conseil de l'AP. Ces études de haute qualité concluent majoritairement que des niveaux d'activité physique plus élevés chez les professionnels de santé sont associés à des conseils plus fréquents en matière d'activité physique. ^[36]

Du point de vue qualitatif, une étude irlandaise reposant sur des entretiens semi directifs a été menée en 2022 avec pour objectif d'explorer la manière dont les médecins généralistes perçoivent leurs propres comportements en matière d'activité physique ainsi que la façon dont leur expérience personnelle de l'AP influence la façon dont ils la promeuvent. Cette étude souligne que les médecins généralistes peinent à intégrer l'activité physique à leur propre quotidien, mais qu'ils en comprennent

l'importance pour eux-mêmes et leurs patients. Elle met également en évidence la place privilégiée du médecin généraliste ayant une relation de confiance avec ses patients, ce qui lui permet de jouer un rôle essentiel dans la promotion de l'AP. [37]

La déclaration scientifique de l'American Heart Association met en avant que les habitudes d'AP des médecins et étudiants en médecine sont des prédicteurs importants de leurs pratiques de conseil, et que les patients perçoivent le conseil de médecins eux même sportifs comme plus puissant et motivant. L'AHA recommande explicitement aux médecins de s'assurer qu'ils « joignent le geste à la parole ». [38]

Ces résultats soulignent l'importance de promouvoir l'activité physique auprès des professionnels de santé et de fournir des conseils à ce sujet dans la pratique clinique.

3 Discussion de la méthode

3.1 Forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces. Elle constitue, à notre connaissance, la première étude quantitative explorant les pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant l'abord des catégories d'intérêt d'AP chez les 18-25 ans. Son originalité réside également dans son approche mixte : le questionnaire a été construit à partir des catégories d'intérêt identifiées dans la thèse qualitative d'Eva Retailleau, offrant ainsi une complémentarité méthodologique entre les deux travaux et permettant une mise en regard directe des représentations des patients et des pratiques déclarées des médecins.

Par ailleurs, le recueil anonyme des données via une plateforme en ligne a pu favoriser des réponses sincères, limitant le biais de désirabilité sociale. Enfin, la diversité des canaux de recrutement utilisés a permis d'atteindre des profils variés de médecins généralistes, renforçant la représentativité de l'échantillon au sein de la population cible.

3.2 Taux de réponse et représentativité de l'échantillon

Avec 167 réponses pour une population cible estimée à environ 6 858 médecins généralistes en activité régulière dans les Hauts-de-France^[27], le taux de participation est d'environ 2,4 %. Celui-ci est très inférieur au nombre de sujets nécessaires estimé ($n \approx 364$). Cette sous-représentation constitue la principale limite de l'étude et restreint la généralisation des résultats à l'ensemble de la population cible. Elle affecte les deux objectifs : pour l'objectif principal, elle limite la précision des estimations (intervalles de confiance à 95 % plus larges) ; pour l'objectif secondaire, elle réduit la puissance statistique des tests.

3.3 Absence de données sur les méthodes d'abord de l'AP en consultation

L'étude mesure à quelle fréquence l'AP est abordée mais pas les méthodes utilisées pour l'évoquer. La question Q13, qui visait à explorer les outils employés en consultation (prescription médicale d'AP, entretien motivationnel, questionnaires standardisés, orientation vers des professionnels d'APA...), s'est révélée inexploitable pour plusieurs raisons.

Sur le plan méthodologique, cette question n'était à posteriori pas adaptée à la problématique. Elle obligeait le médecin à établir un ordre de fréquence d'utilisation parmi différentes méthodes de communication, ce qui ne correspondait pas à la pratique de nombreux répondants, pour qui ces méthodes ne sont pas utilisées de façon hiérarchisée mais de manière complémentaire ou contextuelle. Par ailleurs, le format de classement imposait d'attribuer un rang unique (de 1 à 5) à chaque proposition, chaque valeur ne pouvant être sélectionnée qu'une seule fois. Cette contrainte technique rendait la question impossible à valider lorsque le répondant souhaitait attribuer le même rang de classement à plusieurs propositions. Toutes ces contraintes expliquent que 24 réponses aient été initialement classées comme incomplètes en raison de la seule non-réponse à Q13, avant d'être réintégrées à l'analyse après exclusion de cette question (cf. Figure 1).

L'utilisation d'une échelle de Likert ou d'une question ouverte sur les méthodes employées en consultation pour évoquer l'AP aurait probablement été plus adaptée et

aurait permis de répondre plus précisément à l'objectif principal de l'étude. Cette limite constitue une piste d'amélioration pour de futures études souhaitant caractériser plus finement les pratiques de conseil en AP des médecins généralistes.

3.4 Absence de données sur l'évaluation du niveau d'AP des patients

Notre étude s'intéresse à la fréquence à laquelle les MG abordent les catégories d'intérêt d'AP en consultation mais ne renseigne pas sur les pratiques d'évaluation du niveau d'AP des patients par les médecins généralistes. L'absence de mesure de cette dimension constitue une limite, car le conseil en AP devrait idéalement s'appuyer sur une évaluation préalable et standardisée du niveau d'AP du patient (via par exemple le questionnaire IPAQ ^[20]) ce qui permettrait d'adapter le discours de promotion aux besoins spécifiques de chaque patient. L'étude francilienne de 2016 de Bloy et al. met en évidence au travers d'entretiens qualitatifs que l'évaluation est faite de façon assez subjective et intuitive, sans questionnement systématique ni standardisé. ^[24]

3.5 Biais de sélection

3.5.1 Biais d'auto-sélection

Les médecins ayant répondu à un questionnaire sur l'AP sont vraisemblablement plus sensibilisés à cette thématique que la population générale, ce qui peut conduire à une surestimation des fréquences d'abord déclarées.

3.5.2 Surreprésentation des maîtres de stage universitaires (MSU)

53,3 % des répondants étaient maîtres de stage universitaires (n = 89), ce qui représente une proportion supérieure, au taux national. En effet, au 1er janvier 2026, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et le Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG) recensaient 15 636 praticiens agréés maîtres de stage des universités en médecine générale, soit légèrement plus de 30 % des médecins généralistes traitants en France ^[39]. La proportion observée dans notre échantillon est ainsi environ 1,8 fois supérieure au taux national.

Les MSU exercent dans un contexte d'enseignement et de réflexion sur les pratiques qui peut favoriser une approche plus structurée de la prévention, dont fait partie le

conseil en AP. Cette surreprésentation constitue un biais de sélection susceptible de majorer les fréquences d'abord rapportées, et doit être prise en compte lors de l'interprétation des résultats.

3.5.3 Canaux de recrutement

Le recrutement via les réseaux sociaux de remplaçants, les CPTS et l'URPS a probablement favorisé des profils plus jeunes et plus connectés. Les médecins isolés en zone rurale sont vraisemblablement sous-représentés.

3.6 Biais de déclaration (désirabilité sociale)

Les données déclaratives sont susceptibles d'être influencées par un biais de désirabilité sociale : les répondants peuvent surestimer leurs fréquences d'abord par conformité à la norme professionnelle attendue. Une triangulation par des méthodes observationnelles apporterait une validation externe comme par exemple : analyser les comptes-rendus de consultation, les données de prescription d'AP, ou interviewer les patients après la consultation pour savoir si le sujet a été abordé.

3.7 Puissance statistique et faibles effectifs

Ce biais concerne principalement l'objectif secondaire. Pour la légitimité (Q7) et la formation (Q8), les effectifs dans la modalité minoritaire ($n = 10$ chacune) sont insuffisants pour des analyses bivariées robustes. L'association observée entre le score de Marshall et la légitimité ($p = 0,018$) doit être interprétée avec prudence, et l'absence d'association entre Marshall et formation (p non significatif) reflète vraisemblablement une erreur de type II (ne pas conclure à une association alors que celle-ci est présente). Pour l'objectif principal, cette limite se traduit par une précision moindre des estimations de prévalence (intervalles de confiance plus larges), sans autre risque d'erreur de type I ou II puis qu'aucun test statistique n'est réalisé.

3.8 Biais de mémoire et absence de fenêtre temporelle

Le questionnaire ne définissait pas de période de référence. Les réponses Likert reflètent une perception globale des pratiques, sujette à un biais de mémoire et de centralité (tendance à répondre vers les modalités médianes).

3.9 Représentativité des pratiques vis-à-vis des 18–25 ans

Les réponses concernant les pratiques avec les 18–25 ans reposent sur la perception des médecins, sans contrôle de la proportion de cette tranche d'âge dans leur patientèle. Certains répondants peuvent avoir peu de patients dans cette classe d'âge, rendant leurs réponses davantage hypothétiques que factuelles. Ce biais a été partiellement limité par l'ajout d'une consigne explicite avant les questions sous forme d'échelle de Likert, rappelant aux répondants que leurs réponses devaient porter exclusivement sur leur patientèle de 18 à 25 ans. Cette précaution ne permettait cependant pas de contrôler la représentativité réelle de cette tranche d'âge dans la patientèle de chaque répondant.

4 Perspectives

Les données de cette étude reposent sur des pratiques déclarées, susceptibles d'être influencées par un biais de désirabilité sociale. Une étude observationnelle des consultations avec des patients de 18 à 25 ans en soins primaires dans les Hauts-de-France permettrait de confronter pratiques déclarées et pratiques réelles, comme cela a pu être réalisé lors d'un travail australien de 2025 fondé sur de l'observation directe [28].

Le bilan de prévention semblant faiblement utilisé, il serait pertinent d'explorer les conditions d'une meilleure appropriation du dispositif. Le rapport Charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2026 propose d'ailleurs son intégration dans une demi-journée de prévention dédiée aux salariés [31]. Une évaluation prospective de son impact sur les pratiques d'AP des 18-25 ans constituerait une suite naturelle à notre travail.

La légitimité du conseil en AP sans disposer d'une formation sur le sujet soulève la question de la qualité du conseil dispensé. Même si la formation générale des MG en AP n'a pas été explorée spécifiquement dans cette étude, la littérature à ce sujet l'évoque comme facteur limitant l'abord de l'AP en consultation [24]. Des perspectives de formation initiale et continue méritent d'être envisagées comme par exemple l'intégration de modules d'AP dans le DES de médecine générale ou le développement

de l'entretien motivationnel comme outil pratique. Par ailleurs, l'association observée entre niveau d'AP personnel des médecins et pratiques de promotion invite à explorer cette relation à l'échelle nationale.

La Stratégie Nationale Sport Santé 2025-2030 s'inscrit dans la lignée de cette étude et propose des mesures qui concernent fortement les jeunes en insistant sur les périodes charnières de changement de vie. Ce programme intègre notamment le déploiement d'initiatives sport-santé et de Maisons Sport-Santé dans les établissements d'enseignement supérieur. Il cherche à inciter les entreprises à proposer des dispositifs de promotion de l'AP et de lutte contre la sédentarité à leurs employés, deux mesures qui concernent directement notre population d'étude ^[40]. Le PNNS 5 2026-2030 place également l'activité physique au cœur de ses engagements, avec pour objectif de promouvoir les mobilités actives et la pratique sportive pour tous ^[41]. Les politiques de santé publique actuelles visent ainsi à renforcer la promotion de l'AP, et les données de notre étude pourraient contribuer à alimenter la mise en œuvre de ces dispositifs dans les Hauts-de-France.

Conclusion

L'étude menée ci-dessus met en évidence que les médecins généralistes abordent l'activité physique avec les patients de 18 à 25 ans principalement à travers le prisme biomédical et du bien-être psychologique, en portant une attention particulière à la notion de plaisir dans la pratique et à la santé mentale. Ces résultats sont encourageants car ils recoupent ceux d'Eva Retailleau, dont la thèse explore le sens que les jeunes donnent à la pratique d'une AP. La socialisation et les comportements addictifs liés à l'AP, qui ressortent comme des dimensions importantes du vécu des jeunes dans la thèse d'Eva Retailleau, sont présents dans le discours des médecins généralistes de notre étude. Sans pouvoir comparer directement ces deux approches méthodologiquement distinctes, ce contraste invite à interroger la place accordée à ces dimensions dans le conseil en AP.

Les médecins généralistes occupent une place centrale dans la promotion de l'AP auprès des jeunes adultes : nos données montrent qu'ils interviennent à plusieurs niveaux, de la sensibilisation à l'orientation vers des ressources adaptées, en s'appuyant sur la relation de confiance propre aux soins primaires.

Les outils institutionnels, tels que le bilan de prévention de l'Assurance Maladie, représentent un levier potentiel pour structurer et renforcer ce conseil. Encore peu connu et peu utilisé, ce dispositif bénéficie néanmoins d'un soutien croissant des politiques de santé publique, ce qui laisse espérer une meilleure appropriation dans les années à venir.

Enfin, l'association mise en évidence entre le niveau d'AP personnel des médecins et leurs pratiques de promotion suggère que prendre soin de la santé des soignants eux-mêmes pourrait constituer un levier d'action complémentaire et souvent négligé. À l'heure où les politiques nationales replacent l'activité physique au cœur des priorités de santé publique, les médecins généralistes ont un rôle clé à jouer à condition d'être suffisamment formés et convaincus.

Liste des tables

Tableau 1 : Répartition par genre et tranche d'âge (n = 67)	18
Tableau 2 : Caractéristiques professionnelles (n = 167)	19
Tableau 3 : Formations en médecine du sport déclarées (n = 10, réponses multiples)	21
Tableau 4 : Fréquence d'abord des catégories d'intérêt d'AP en consultation (Q14– Q23) (n = 167)	22
Tableau 5 : Association entre le score de Marshall, l'impact perçu (Q12) et la légitimité (Q7) (n = 167)	25
Tableau 6 : Test de Mann-Whitney : association entre score de Marshall et catégories d'intérêt (Q14 à 23) (n = 167)	26

Liste des figures

Figure 1. Diagramme de flux	17
-----------------------------------	----

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;100:126–31.
- [2] Haute Autorité de Santé (HAS). Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2022.
- [3] Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, Saunders TJ, Carson V, Latimer-Cheung AE, et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2017;14:75. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>.
- [4] 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report 2018.
- [5] World Health Organization. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève: World Health Organization; 2010.
- [6] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). 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. Maisons-Alfort: Anses; 2022.
- [7] World Health Organization. Rapport Mondial de Situation Sur l'activité Physique 2022. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2023.
- [8] Delandre D. Rapport de la mission interministérielle sport-santé. Paris: Ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative ; Ministère de la Santé et de l'Accès aux soins; 2025.
- [9] Noël Racine A, Margaritis I, Duclos M, Carré F, Vuillemin A, Gautier C. Costing the economic burden of prolonged sedentary behaviours in France. *Eur J Public Health* 2022;32:i3–7. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac071>.
- [10] Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018.
- [11] Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health* 2018;6:e1077–86. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7).
- [12] Phelps NH, Singleton RK, Zhou B, Heap RA, Mishra A, Bennett JE, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled

- analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet* 2024;403:1027–50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2).
- [13] Vanhelst J, Béghin L, Drumez E, Baudelet J-B, Labreuche J, Chapelot D, et al. Condition physique des enfants et adolescents en France de 2009 à 2013 et prévalence du risque de maladie cardiovasculaire à l'âge adulte – le programme « Bouge... Une priorité pour ta santé ». *Rev Epidemiol Sante Publique* 2016;64:219–28. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.05.002>.
 - [14] République Française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/> (accessed November 14, 2024).
 - [15] République Française. LOI n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France (1). 2022.
 - [16] Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Bilan du Programme National Nutrition Santé 4 (PNNS 4) 2019-2023. Paris: Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités; 2024.
 - [17] Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques. Stratégie nationale sport santé 2019-2024. Paris: Ministère des Sports; 2019.
 - [18] Assurance Maladie. Mon bilan prévention : livret de présentation. Paris: Assurance Maladie; 2023.
 - [19] WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Barcelona: WONCA Europe; 2002.
 - [20] Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1381. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>.
 - [21] Lane-Cordova AD, Jerome GJ, Paluch AE, Bustamante EE, LaMonte MJ, Pate RR, et al. Supporting Physical Activity in Patients and Populations During Life Events and Transitions: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2022;145. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001035>.
 - [22] Haute Autorité de Santé. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente. Saint Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2014.
 - [23] Collège des Enseignants de Médecine Physique et de Réadaptation (COFEMER). Item 249 – Modifications thérapeutiques du mode de vie (alimentation et activité physique) chez l'adulte et l'enfant. *Médecine Phys. Réadapt*. 8ème édition, Paris: Elsevier Masson; 2024.

- [24] Bloy G, Philippon LM, Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. *Santé Publique* 2016;1:153–61. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0153>.
- [25] Krim F, Perwez T, Gignon M, Bréchat P-H, Leprêtre P-M. Prescription de l'activité physique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes Picards. *Sci Sports* 2022;37:37–44. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2021.02.010>.
- [26] « Mon bilan prévention » entre 18 et 25 ans, un temps d'échange dédié à la prévention en santé n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-bilan-prevention/mon-bilan-prevention-entre-18-25-ans> (accessed April 4, 2025).
- [27] Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France — Tome 1, situation au 1er janvier 2025. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM); 2025.
- [28] Giri N, Norman K, Sturgiss EA. How GPs approach physical activity discussion in routine care: a qualitative study of video-recorded consultations. *BJGP Open* n.d.;9:BJGPO.2024.0253. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2024.0253>.
- [29] AuYoung M, Linke SE, Pagoto S, Buman MP, Craft LL, Richardson CR, et al. Integrating Physical Activity in Primary Care Practice. *Am J Med* 2016;129:1022–9. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.02.008>.
- [30] GAUTIER S. Mon Bilan Prévention : premiers enseignements et perspectives de recherche. UFR Simone Veil – Santé n.d. <https://www.sante.uvsq.fr/mon-bilan-prevention-premiers-enseignements-et-perspectives-de-recherche> (accessed April 22, 2026).
- [31] Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). Présentation du rapport annuel « Charges et Produits pour 2026 » — Mobilisation inédite pour garantir l'avenir de notre système de santé solidaire : 60 propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 et à horizon 2030. Paris: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie; 2025.
- [32] Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux des Hauts-de-France (URPS ML HdF). Les médecins libéraux des Hauts-de-France volontaires pour renforcer leurs pratiques de prévention — Retour sur la phase pilote bilan prévention. 2024.
- [33] Lowe A, Myers A, Quirk H, Blackshaw J, Palanee S, Copeland R. Physical activity promotion by GPs: a cross-sectional survey in England. *BJGP Open* n.d.;6:BJGPO.2021.0227. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0227>.
- [34] Albert FA, Crowe MJ, Malau-Aduli AEO, Malau-Aduli BS. Physical Activity Promotion: A Systematic Review of The Perceptions of Healthcare Professionals. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:4358. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124358>.

- [35] Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, Graham H, Thomas JJC, Chalkley AE, et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2022;376:e068465. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068465>.
- [36] Borges MD, Ribeiro TD, Peralta M, Gouveia BR, Marques A. Are the physical activity habits of healthcare professionals associated with their physical activity promotion and counselling?: A systematic review. *Prev Med* 2024;186:108069. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2024.108069>.
- [37] Baky I, Bourke A, Byrne C, MacDonagh J, Clifford A, Niranjana V, et al. How do doctors manage physical activity advocacy for patients and their own self-care? A qualitative interview study of general practitioners in Ireland 2025. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084301>.
- [38] Lobelo F, Rohm Young D, Sallis R, Garber MD, Billinger SA, Duperly J, et al. Routine Assessment and Promotion of Physical Activity in Healthcare Settings: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2018;137:e495–522. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000559>.
- [39] Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) ; Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG). Une dynamique historique : plus de 15 600 praticiens agréés maîtres de stage des universités en médecine générale au 1er janvier 2026. Paris: Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) ; Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG); 2026.
- [40] Ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative ; Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Stratégie Nationale Sport-Santé 2025-2030. Paris: Ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative; 2025.
- [41] Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Programme national nutrition santé 2026-2030 (PNNS 5). Paris: Ministère de la Santé; 2026.

Annexe 1

Étude quantitative de la promotion de l'activité physique chez les patients de 18 à 25 ans par le médecin généraliste dans les Hauts de France.

Bonjour,

Je suis Capucine SASPORTES, interne en médecine générale à l'Université de Lille. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire anonyme sur la promotion de l'activité physique auprès des patients de 18 à 25 ans en consultation de médecine générale. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour objectif d'étudier comment les médecins généralistes abordent en consultation l'activité physique auprès des patients de 18-25 ans.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. **Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste et exercer dans les Hauts de France. Les internes en médecine générale ne peuvent pas répondre à ce questionnaire.** Ce questionnaire est facultatif, confidentiel, et il vous prendra moins de 5 minutes.

Afin de préserver l'anonymat de ce questionnaire, veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Les réponses qui ressortiront de ce questionnaire seront bien anonymes ensuite. Si toutefois les informations données recoupées entre elles permettent de vous identifier indirectement, vous pourrez effectuer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition sur les données vous concernant, conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr

Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Merci beaucoup pour votre participation qui permettra de faire un état des lieux des pratiques.

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à l'adresse:

capucine.sasportes.etu@univ-lille.fr

Ce questionnaire concerne uniquement les patients de 18 à 25 ans. Merci de ne considérer que cette population dans votre patientèle lorsque vous répondrez aux questions.

Il y a 15 questions dans ce questionnaire.

Questionnaire

1. Quel est votre genre ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Femme
- ☐ Homme
- ☐ Ne souhaite pas répondre

2. Quel âge avez-vous ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Moins de 30ans
- ☐ Entre 30 et 39ans
- ☐ Entre 40 et 49ans
- ☐ Entre 50 et 59ans
- ☐ Entre 60 et 69ans
- ☐ Plus de 69ans

3. Quelle est votre zone d'exercice ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Urbaine
- ☐ Semi rurale
- ☐ Rurale

4. Quel est votre mode d'exercice ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Libéral
- ☐ Salariat
- ☐ Mixte

5. Dans quel cadre exercez-vous la majorité du temps ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Seul
- ☐ Dans un cabinet de groupe
- ☐ Dans une maison de santé pluridisciplinaire

6. Etes-vous maitre de stage universitaire ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Vous sentez vous légitime de conseiller l'activité physique à vos patients ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Avez-vous suivi une formation en médecine du sport ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, quelle formation avez-vous suivi ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question [Q00008]

Veillez écrire votre réponse ici :

9. Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter ? *Par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide* *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Plus de 3 fois par semaine
- ☐ 1 à 2 fois par semaine
- ☐ Jamais

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

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

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Plus de 5 fois par semaine
- ☐ 3 à 4 fois par semaine
- ☐ 1 à 2 fois par semaine
- ☐ Jamais

Les questions qui suivent concernent les patients de 18 à 25ans. Merci de ne considérer que cette population dans votre patientèle lorsque vous répondrez aux questions.

11. Utilisez-vous le bilan de prévention proposé par l'Assurance Maladie depuis 2023 dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

12. Pensez-vous avoir un impact sur la pratique de l'activité physique de vos patients ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

13. Classez les propositions par ordre de fréquence d'utilisation en consultation lorsque vous abordez l'activité physique avec vos patients.

1 correspondant à la proposition la plus fréquemment utilisée en consultation et 5 le moins fréquemment utilisé.

Classez les propositions par ordre de fréquence d'utilisation de 1 à 5. *

Veuillez sélectionner 5 réponses Chaque proposition ne peut être cochée qu'une seule fois. Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5
Conseils simples verbaux	☐	☐	☐	☐	☐
Recommandations écrites	☐	☐	☐	☐	☐
Prescription d'activité physique adaptée	☐	☐	☐	☐	☐
Intervention brève	☐	☐	☐	☐	☐
Prescription de kinésithérapie	☐	☐	☐	☐	☐

Pour chacune des affirmations suivantes, indiquez votre degré d'accord ou désaccord en cochant une seule case par ligne. *Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
14. Je questionne le niveau de sédentarité des patients dans un contexte de discours préventif.	☐	☐	☐	☐	☐
15. J'aborde l'activité physique chez les patients en consultation comme vecteur de socialisation.	☐	☐	☐	☐	☐
16. J'aborde l'activité physique chez les patients en consultation en cas de trouble de l'apparence physique.	☐	☐	☐	☐	☐
17. J'aborde l'activité physique chez les patients en consultation en cas de troubles liés à la santé mentale.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Je recommande la pratique d'une activité physique chez les patients en cas de maladie chronique dans un contexte de discours préventif.	☐	☐	☐	☐	☐

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
19. J'oriente les patients vers une activité physique adaptée à leurs antécédents médicaux dans un contexte de discours préventif.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Lorsque j'évoque l'activité physique en consultation, j'intègre la notion de plaisir lié à la pratique.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Je recherche les facteurs limitants expliquant l'absence ou le manque d'activité physique dans un contexte de discours préventif.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Je dépiste les comportements addictifs lié à la pratique d'une activité physique en consultation.	☐	☐	☐	☐	☐
23. J'évoque l'activité physique en consultation chez les patients en cas de troubles du sommeil.	☐	☐	☐	☐	☐

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

Annexe 2



3C1 - QUESTIONNAIRE DE MARSHALL

Date de passage du questionnaire :

Nom :

Prénom :

Consignes :

Remplissez le questionnaire. Pour chaque question, vous choisissez une seule réponse.
Vous répondez à toutes les questions.

A- Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter ? Par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide

plus de 3 fois par semaine ☐ (score : 4)

1 à 2 fois par semaine ☐ (score : 2)

jamais ☐ (score : 0)

B- Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement ? Par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer du tennis en double

plus de 5 fois par semaine ☐ (score : 4)

3 à 4 fois par semaine ☐ (score : 2)

1 à 2 fois par semaine ☐ (score : 1)

jamais ☐ (score : 0)

Lecture des résultats* :

Vous additionnez les scores obtenus à la question A et à la question B.
Reportez vous au tableau de résultats ci dessous

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

*Pour interpréter les résultats et aller plus loin, consulter la **page 87** du livre « Les fondamentaux du Sport Santé : 80 outils pour mieux évaluer et accompagner vos pratiquants », (FFEPGV), Edition Amphora 2014.



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

Annexe 3



Direction données personnelles et archives

REGISTRE DES ACTIVITES DE TRAITEMENT

Attestation d'exonération

Le présent document atteste que vous avez transmis à la Direction des données personnelles et archives de l'Université de Lille les informations nécessaires à l'examen de conformité de votre projet au regard de la réglementation relative à la protection des données personnelles.

Après instruction par le service de la protection des données, la déclaration au registre des activités de traitement de l'Université de Lille n'est pas nécessaire, sous réserve du respect des mesures de sécurité suivantes :

- Information des personnes concernées par une mention d'information figurant au début du questionnaire.
- Utiliser la plateforme d'enquête LimeSurvey de l'Université de Lille accessible via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> « Formulaire de demande d'ouverture d'enquête ».
- Paramétrer le questionnaire d'enquête en mode anonyme (paramètres de participation).
- S'engager à utiliser uniquement les adresses mails professionnelles trouvables en tant que données publiques et informer les personnes sur la façon dont les coordonnées ont été récoltées.
- S'engager à informer les participants à ne pas préciser leur identité sur l'enveloppe-retour du questionnaire par courrier.
- Garantir que seuls vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Supprimer l'enquête en ligne de la plateforme LimeSurvey à l'issue de la soutenance.

Le respect de ces mesures pourra faire l'objet d'un contrôle de la part du Délégué à la protection des données de l'Université.

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

Traitement exonéré

Intitulé : Etude quantitative de la promotion de l'activité physique chez les 18-25ans par le médecin généraliste

Responsable (s) chargé (e) de la mise en œuvre : M. David WYTS

Interlocuteur (s) : Mme Capucine SASPORTES

Fait à Lille,

Le 22 octobre 2025

Eric FOURÉ

Délégué à la Protection des Données

AUTEUR : Nom : SASPORTES
Date de Soutenance : 19/06/2026

Prénom : Capucine

Titre de la Thèse : Etude quantitative de la promotion de l'activité physique chez les 18-25ans par le médecin généraliste.

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : activité physique, sport, soins primaires, médecins généralistes, prévention.

Résumé :

Contexte : L'inactivité physique est le quatrième facteur de risque de mortalité mondiale. Les 18-25 ans sont particulièrement exposés lors des transitions de vie propices à la sédentarisation. Bien que le médecin généraliste (MG) soit un interlocuteur de choix dans la promotion de l'activité physique (AP), le conseil en AP reste insuffisamment intégré à la pratique quotidienne. Cette étude s'inscrit dans la continuité d'un travail qualitatif d'Eva Retailleau sur le sens que les 18-25 ans donnent à l'AP, dont les catégories d'intérêt ont servi de fondement au questionnaire.

Matériel et Méthodes : Étude observationnelle, descriptive, transversale, quantitative, par auto-questionnaire anonyme diffusé entre novembre 2025 et février 2026. Le questionnaire évaluait la fréquence d'abord des dix catégories d'AP (échelle de Likert), l'utilisation du bilan de prévention de l'Assurance Maladie, le sentiment de légitimité et le niveau d'AP personnel (score de Marshall) des MG.

Résultats : 167 MG ont été inclus. L'étude révèle que l'AP est principalement abordée dans un contexte biomédical préventif : maladies chroniques (87,4 %), sédentarité (77,8 %), santé mentale (74,9 %). La notion de plaisir est également très investie (77,8 %), tandis que la socialisation (43,7 %) et les comportements addictifs (15,0 %) restent peu évoqués. 94 % des MG se déclarent légitimes à conseiller l'AP, mais seuls 6 % ont une formation dédiée en médecine du sport et 4,8 % utilisent le bilan de prévention. Les MG suffisamment actifs abordent significativement plus souvent six catégories sur dix.

Conclusion : Les MG abordent l'AP chez les 18-25 ans principalement à travers le prisme du biomédical et celui du bien-être psychologique. Le bilan de prévention reste sous-utilisé. Le niveau d'AP personnel des médecins apparaît comme un facteur associé à leurs pratiques de promotion, résultat qui mériterait d'être exploré à plus grande échelle.

Composition du Jury :

Président : Madame la Professeure Florence RICHARD

Assesseeurs : Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

Directeur : Monsieur le Docteur David WYTS